



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

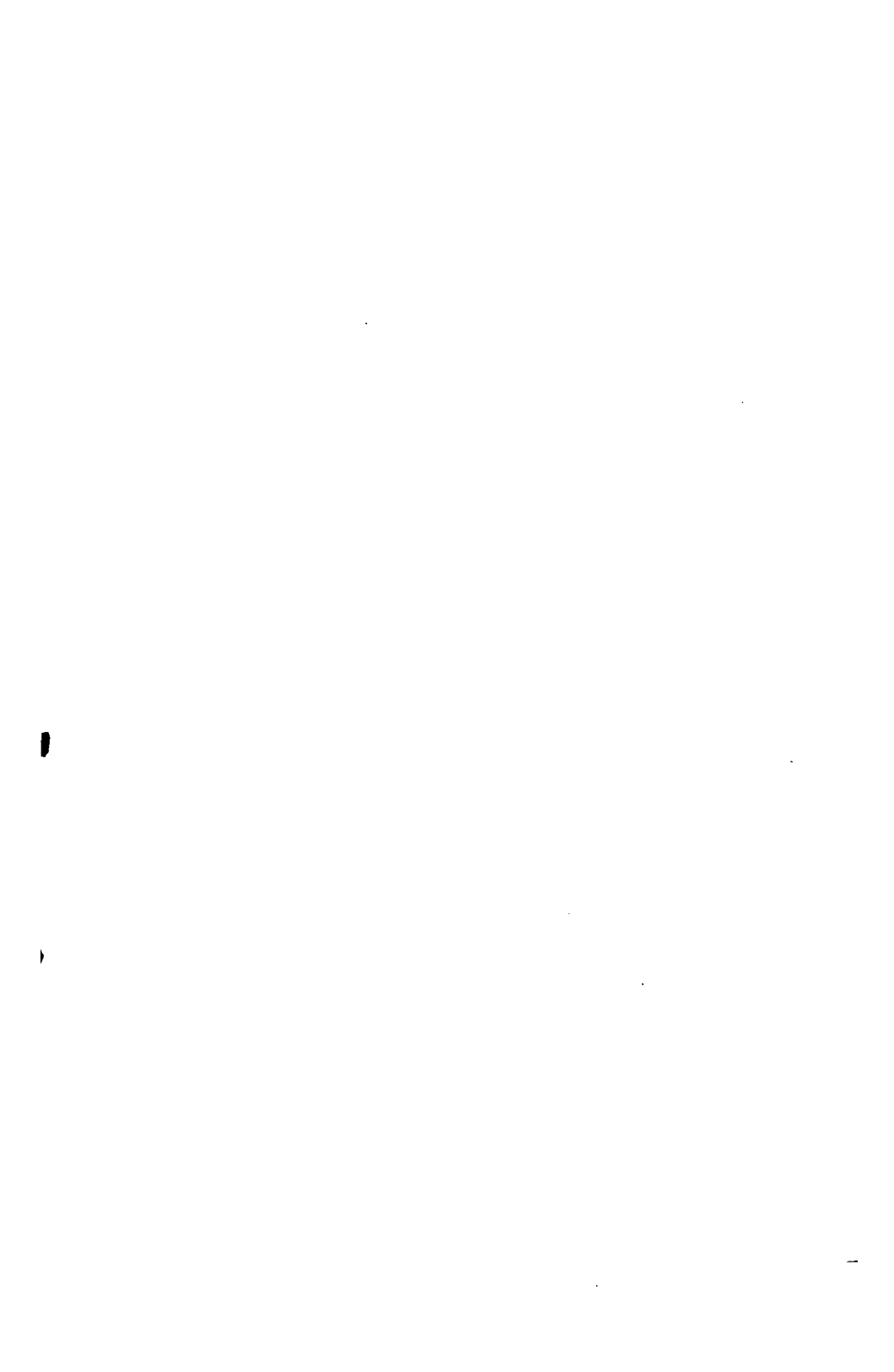
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.



No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.



REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE



REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur **H. J. MOURE**

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. J. Baratoux, Professeur libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **Boucheron**, à Paris. — **Bresgen**, à Francfort-sur-Mein. — **Bryson Delavan**, Professeur de Laryngologie à New-York. — **F. Cardone**, de Naples. — **J. Charazac**, à Toulouse. — **O. Ghiari**, Privat-docent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — **G. Coupard**, médecin à l'hôpital Péreire, à Paris. — **Ch. Fauvel**, Prof. libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Gorham Bacon**, de New-York. — **Jos. Gruber**, Prof. d'Otologie, à l'Université de Vienne. — **Jacquemart**, à Nice. — **Joal**, à Paris. — **Kirchner**, Privat-docent à Wurzburg. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Massol**, Professeur de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Ramon de la Sota y Lastra**, à Séville. — **Rolland**, de Montréal (Canada). — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schiffers**, à Liège. — **Schmiogelow**, à Copenhague. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à Vienne. — **O. Seifert**, Privat-docent à Wurzburg. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, professeur d'Otologie à l'hôpital du « King's College », à Londres. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME VII

1887

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, —

MDCCLXXXVII.

CATALOGUED,

R. F. D.

3/1/68

.....

1167.
REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

ROLE PHYSIOLOGIQUE DU MUSCLE
ARYTÉNOÏDIEN (1)

Par le Dr MOURA.

- I. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES ARYTÉNOÏDES.
II. ORDRE DE DISTRIBUTION NATURELLE DES AGENTS MOTEURS
INTRINSÈQUES DE L'ORGANE DE LA VOIX.

Avant de vous faire connaître le rôle physiologique qui, à notre avis, appartient au muscle appelé *inter-aryténoïdien* ou plus brièvement *aryténoïdien*, tant au point de la respiration qu'à celui de la phonation, il est indispensable de vous exposer, chers et savants collègues, quelles sont les conditions anatomiques des cartilages aryténoïdes et dans quel ordre d'action sont distribués les agents qui font mouvoir les diverses pièces dont se compose l'organe de la voix.

Les deux cartilages aryténoïdes doivent être considérés comme les clefs de la principale porte d'entrée de la respiration d'une part, comme les chevilles et chevalets de l'instrument de la voix d'autre part.

Par sa disposition en écluse, par sa forme triangulaire et par sa situation profonde sur le trajet du canal aérifère, l'orifice de la glotte est le passage le plus dangereux que

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 27 octobre 1886.

traverse l'air respiré. En même temps que se produit ce passage, les vantaux de la porte peuvent subir, dans leur disposition anatomique, des modifications qui les transforment en bandes minces et vibrantes, analogues à l'anche des instruments de musique. Nous ne nous étendrons pas sur cet important sujet; nous aurons occasion, dans un travail plus complet, d'exposer la nouvelle théorie de la voix, telle que nous la concevons.

§ I. — *Aryténoïdes.*

Les aryténoïdes sont les deux plus petites des cinq pièces qui composent cette partie renflée du canal aérifère, appelée improprement *boîte laryngienne*. Situés en arrière de chaque côté du chaton de l'anneau cricoïdien, légèrement tordus sur eux-mêmes, ils ont une forme pyramidale ou triangulaire qui nous oblige à les considérer dans leur hauteur, leur base, leur sommet, leurs faces, leurs arêtes ou côtés, leurs angles ou apophyses.

1° *Axe vertical, tige, hauteur verticale.* — La hauteur du cartilage varie suivant l'âge, le sexe et les individus du même sexe. Muni du cartilage corniculé de Santorini, il mesure, verticalement et en moyenne, 11^{mm} chez la femme et présente, sur 58 larynx, 12 variétés de hauteurs, la plus petite étant de 6^{mm} et la plus grande de 18^{mm}.

Chez l'homme, il mesure 15^{mm}. Sa hauteur a présenté, sur 109 larynx, 12 variétés comprises entre les deux extrêmes 6 et 18^{mm}; elle est donc plus stable dans le sexe masculin.

2° *Hauteur oblique, arête ou bord antérieur.* — Sur le larynx féminin elle atteint 13 à 14^{mm} en moyenne et varie entre 9 et 19^{mm}.

Sur le larynx masculin je lui ai trouvé 16 à 17^{mm} et 14 variétés, la plus petite étant de 8^{mm} et la plus grande de 22^{mm}.

La comparaison des deux hauteurs, verticale et obli-

que, dans les deux sexes, montre combien la dernière est plus susceptible de développement, chez l'homme surtout. Cela vient de ce que l'apophyse vocale, ou angle antérieur, fait partie de cette hauteur oblique.

3° *Sommet*. — Il est représenté par le cartilage de Santorini, lequel est triangulaire aussi et a quelques millimètres à peine chez l'homme, tandis que chez certains animaux, le cochon par exemple, il forme un véritable prolongement corniculé et contourné en dedans.

4° *Base, angles ou apophyses*. — La base de l'aryténoïde ne présente pas, comme le ferait croire la forme pyramidale du cartilage, trois angles et trois côtés. L'un de ces angles, l'interne, est émoussé. L'angle externe se prolonge en forme de bec ou d'apophyse; il donne attache, en arrière, au muscle crico-aryténoïdien qui ouvre la glotte et, en avant, à ceux qui la ferment. Quant au troisième angle, l'antérieur, c'est le plus développé et le plus important à connaître. Il constitue, à lui seul, l'*apophyse antérieure ou vocale* et sa pointe se continue avec un petit cartilage sésamoïde, triangulaire, qui disparaît dans l'épaisseur de l'extrémité postérieure du repli de la glotte.

Plus ou moins développée suivant l'âge, le sexe et les sujets, cette apophyse forme, avec la face interne de la pyramide aryténoïdienne, une sorte de panneton qui fait partie de la glotte dite *inter-cartilagineuse*. Elle donne insertion au faisceau fibro-élastique de la lèvres glottique, ce qui lui a valu le nom d'*apophyse vocale*.

5° *Facette articulaire; articulation crico-aryténoïdienne* — La surface de la base de l'aryténoïde est oblongue et non triangulaire; elle présente, entre ses deux angles, c'est-à-dire entre l'apophyse vocale et l'apophyse externe, une petite dépression d'environ 5^{mm} chez la femme et de 6^{mm} chez l'homme, appelée *facette articulaire*. Cette facette est concave d'avant en arrière, recouverte d'une mince couche de substance cartilagineuse, luisante et

nacrée ; elle est en rapport avec une autre sculptée en sens inverse sur le bord supérieur du chaton cricoïdien et plus ou moins inclinée de haut en bas et de dedans en dehors. Les deux facettes aryténoïdienne et cricoïdienne, moulées l'une sur l'autre, sont maintenues unies par une capsule synoviale, lâche, et par des liens fibreux qui en font une articulation très mobile et très importante, dite *crico-aryténoïdienne*. En tournant et glissant l'une sur l'autre, elles permettent aux apophyses vocales de s'écarter, de se rapprocher et de suivre les cartilages dans le mouvement du quart de cercle qu'ils exécutent, tantôt en dedans, tantôt en dehors, autour du chaton qui sert de pivot.

La facette aryténoïdienne est plus petite et moins creuse chez la femme. La facette correspondante du cricoïde est convexe et oblongue ; son grand axe, dirigé transversalement, dans une inclinaison d'environ 50° à 55°, mesure 5^{mm}5 dans le sexe féminin, 7^{mm} à 7^{mm}5 dans le sexe masculin.

Entre les deux facettes cricoïdiennes de l'un et l'autre sexe, il y a une différence de 2^{mm} de développement, tandis qu'il n'y en a que 1^{mm} entre leurs facettes aryténoïdiennes. Aussi l'articulation du larynx féminin jouit-elle de mouvements moins étendus que celle du larynx masculin.

Le degré d'inclinaison de la facette du cricoïde est très variable ; il descend quelquefois à 30° et il s'élève aussi, sur certains larynx, jusqu'à 70° ; toutefois, je ne l'ai vu jamais atteindre 90°, c'est-à-dire l'horizontalité.

La conséquence de ce fait est la presque impossibilité d'un rapprochement direct et par glissement des deux bases aryténoïdiennes et l'inclinaison forcée, de bas en haut et de dedans en dehors, de l'axe vertical, à l'état de repos. Ce rapprochement ne peut s'effectuer qu'au moyen d'un déplacement qui, faisant pencher le cartilage en arrière ou en avant, redresse cet axe et rend plus facile le glissement et la rotation de la clef ou de la cheville cartilagineuse.

En outre, l'intervalle qui, sur le chaton, sépare le centre des deux facettes convexes est de 16^{mm} sur le larynx féminin, de 20^{mm}5 sur le larynx masculin. Cet intervalle peut varier depuis 9^{mm} jusqu'à 22^{mm} dans le premier, depuis 15^{mm} jusqu'à 28^{mm} dans le second. Cette grande distance entre les deux facettes est un nouvel obstacle, selon nous, au rapprochement des deux bases dans le sens horizontal et transversal, autrement dit par glissement.

Les mêmes difficultés ne se présentent pas entre les deux sommets; leur rapprochement se produit lorsque les aryténoïdes ayant été inclinés en avant par les adducteurs, l'action musculaire, en se continuant, incline en dedans les deux pyramides; cette action fait converger leurs sommets l'un vers l'autre, tandis que leurs bases arrêtées par la convexité et la déclivité de la facette cricoïdienne amènent par la résistance de celle-ci le renversement des aryténoïdes en dedans; et l'axe de rotation se trouve ainsi porté sur le côté interne des chevilles cartilagineuses.

6° *Levier horizontal aryténoïdien.* — L'apophyse antérieure, la facette articulaire et l'apophyse externe forment ensemble un levier du premier genre, légèrement coudé et à bras inégaux. Le point d'appui ou de rotation est au centre de la facette articulaire; le grand bras, situé en avant et en dedans, est représenté par l'angle antérieur et son apophyse, et le petit bras, situé en dehors, par l'angle externe et son bec apophysaire. Quand ce levier exécute un mouvement de rotation horizontale, l'arc de cercle décrit par l'apophyse vocale est proportionnel à la longueur de son grand bras. Or, la laryngométrie nous apprend que le côté de la glotte intercartilagineuse peut avoir chez la femme de 3 à 9^{mm}, et chez l'homme de 4 à 12^{mm}; l'axe de cercle décrit est donc très variable; il appartient à des cercles dont les rayons peuvent avoir de 3 à 12^{mm}. On comprend dès lors combien il est difficile de déterminer, même approximativement, les

divers degrés de tension que doivent éprouver les replis de la glotte, et surtout de prédire, par cette voie physiologique, la quantité millimétrique de leur allongement pendant la phonation.

D'ailleurs, l'effet tensif produit sur l'anche, dans deux larynx dont les replis de la glotte ont une longueur identique, ne saurait être le même pour chacun d'eux, attendu que la proportion entre les parties membraneuse et cartilagineuse peut être fort différente, comme le démontre la laryngométrie. On ne pourrait donc affirmer que deux personnes possédant des lèvres vocales d'égale longueur auront le même son de voix.

7^e Face interne. — C'est la moins étendue des trois faces de l'aryténoïde ; elle finit en haut vers le milieu du cartilage. En avant, elle se continue avec celle du cartilage sésamoïde qui pénètre dans l'épaisseur du ligament vocal et que l'on reconnaît facilement dans le larynx pendant la vie, ainsi que nous l'avons indiqué en 1864 (v. *Traité prat. de lar. et de rhin.*, p. 101).

Ordinairement lisse et plane, convexe parfois, elle prend, dans certains larynx du sexe masculin, une forme concave par suite du développement exagéré de son angle antérieur. De sorte que le tiers postérieur de l'orifice glottique est constitué par deux bords courbes qui, malgré le rapprochement énergique des lèvres de la glotte, maintiennent cet orifice ouvert pendant l'émission de la voix et pendant l'acte de la glutton. Dans le premier cas, la colonne d'air expulsée par le soufflet trachéopulmonaire sort en partie sans vibrer, et l'*attaque du son*, comme disent les artistes chanteurs, est *manquée*, c'est-à-dire pénible et difficile. Une fuite d'air se produit en effet dès le début du chant ou de l'émission.

Ce fait, que nous avons constaté sur le vivant il y a plusieurs années, n'a été relevé, je crois, par personne.

Un étudiant, aujourd'hui médecin et prosecteur de la Faculté, doué d'un tempérament artistique, ne savait à

quoi attribuer cette fuite qui précédait chaque fois l'attaque du son. Il vint me demander l'explication de ce défaut. Sachant très bien manier le miroir laryngien, il avait vainement essayé de la découvrir.

Placé devant l'image laryngoscopique de son larynx, je lui fis remarquer, au moyen du miroir du pharyngoscope, deux concavités très prononcées sur la face interne de ses aryténoïdes, et, entre elles, une ouverture ou plutôt un *Hiatus* que ses efforts d'émission ne parvenaient pas à fermer : une fuite d'air s'ensuivait et l'oreille en percevait très bien, chaque fois, le bruit. L'attaque du son lui était fatigante, difficile ; elle l'obligeait à faire de grandes inspirations afin d'emmagasiner une quantité d'air suffisante, lui permettant de remédier le mieux possible à cette fatigue d'émission.

La glotte intercartilagineuse, improprement appelée *respiratoire* par Longet, reste donc ouverte chez un certain nombre de sujets pendant la phonation et aussi pendant l'acte de la glutton, contrairement à l'opinion de beaucoup de physiologistes.

L'orifice de cette partie postérieure de la glotte ne ressemble en rien à celui de sa partie antérieure. Celle-ci représente une fente d'autant plus étroite que ses bords sont plus rapprochés l'un de l'autre, soit qu'on l'étudie par en haut, soit qu'on l'examine par en bas. Celle-là est au contraire, vue d'en haut, un espace limité par les faces internes des aryténoïdes et non par des bords linéaires ; pendant l'émission vocale ses côtés sont représentés par une surface triangulaire dont le sommet est en haut et la base en bas. C'est un passage, un *hiatus*, c'est-à-dire, un entrebaillement et non un orifice, encore moins une fente.

8° *Orifice de la glotte vu par en bas.* — En examinant l'ouverture de la glotte à travers le bocal cricoïdien pendant l'état de repos, on retrouve en avant la fente triangulaire limitée de chaque côté par le bord membraneux et arrondi des deux replis. En arrière, ce bord

membraneux fait coude et se confond avec un renflement pisiforme plus ou moins développé, lequel fait saillie en dehors de l'orifice glottique. Ce renflement d'aspect blanchâtre est séparé, en arrière, de la face interne du cricoïde par un petit espace, une sorte de fente, qui remonte en haut et simule une échancrure de quelques millimètres. Il est formé par l'apophyse antérieure, par les fibres élastiques qui s'y insèrent et par l'extrémité postérieure du muscle de la lèvre vocale; il est d'autant plus apparent que l'on agrandit davantage l'orifice glottique en simulant l'action des crico-aryténoïdiens postérieurs, c'est-à-dire en faisant exécuter aux deux aryténoïdes un mouvement de rotation en dehors. Il s'efface au contraire plus ou moins quand on rapproche les deux apophyses vocales par un mouvement de rotation en dedans; la forme triangulaire de la partie antérieure de la glotte se change alors en une fente plus ou moins étroite et celle de sa partie postérieure, prend celle d'un petit triangle toujours ouvert sur des larynx d'adulte.

Les dimensions de cette petite ouverture postérieure inter-aryténoïdienne varient suivant, d'une part, la longueur et la forme droite ou concave de l'apophyse vocale, et suivant, d'autre part, la distance qui sépare l'une de l'autre les articulations crico-arythénoïdiennes. A travers cette ouverture, on découvre, vers la région sus-glottique, la muqueuse inter-aryténoïdienne qui, par ses plis, ferme plus ou moins l'hiatus de la glotte respiratoire de Longet. La persistance de cet hiatus explique la pénétration des liquides et des débris d'aliments dans la trachée pendant l'acte de la glutton.

L'effacement et l'exagération du renflement sous-glottique, sont dûs, selon nous, aux différents aspects qu'affecte la glotte pendant la phonation et pendant l'inspiration. Dans le premier cas, l'apophyse vocale fait en dedans, avec le bord membraneux de l'orifice, un angle saillant et, en dehors, un angle rentrant dans

lequel se dissimule plus ou moins le renflement pisi-forme; dans le second cas, l'angle devient saillant en dehors, rentrant ou obtus en dedans; de sorte que, pendant l'inspiration, l'apophyse antérieure de l'aryténoïde refoule du côté externe de la glotte les tissus, et s'enfonce dans l'épaisseur du faisceau musculaire de la lèvre vocale pour constituer le renflement sous-glottique; c'est un déplacement tout contraire qui a lieu pendant l'émission des sons.

L'orifice de la glotte, vu par en haut et par en bas, présente ainsi la même forme dans ses deux tiers membraneux, mais non dans son tiers postérieur ou cartilagineux. Le diamètre de l'orifice de la glotte respiratoire non vibrante est d'environ 5^{mm} plus grand dans le sexe masculin.

9° *Obliquité des lèvres vocales.* — J'ai rencontré cette obliquité, signalée par quelques auteurs, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. On la met surtout en évidence par le moulage du porte-vent laryngo-trachéal. Elle consiste en une inclinaison des bords de la glotte, de bas en haut et d'avant en arrière, de telle sorte que la commissure thyroïdienne des lèvres vocales est située plus ou moins au-dessous de la ligne horizontale, et surtout des deux articulations crico-arythénoïdiennes. Il résulte de cette disposition que l'horizontalité de la glotte ne peut s'obtenir que par une inclinaison en bas de l'apophyse antérieure, pendant que l'aryténoïde exécute son mouvement de rotation en dedans; ce cartilage glisse en avant sur la facette articulaire, et prend une direction qui l'éloigne de la verticale; il se redresse en arrière ensuite quand il reprend sa position de repos.

L'obliquité des lèvres vocales persiste pendant le chant, chez un certain nombre de personnes; les vibrations de l'anche ne sont plus alors perpendiculaires à l'axe du conduit trachéal, et les ondulations de la colonne d'air vibrante sortent dans des conditions qui,

peut-être, leur enlèvent une partie de leurs propriétés sonores. J'appelle l'attention des expérimentateurs sur ce point intéressant.

10° *Face antérieure ou antéro-externe.* — Elle est, tantôt antérieure, tantôt latérale, suivant que le larynx est en état de phonation ou de repos.

Entre la base et le sommet de cette face, il existe une dépression qui simule le dessin de la conque d'une oreille minuscule et porte le nom de *fossette*; cette dépression est occupée par l'extrémité postérieure du repli sus-glottique, plus connu sous les noms de *ligament supérieur* de la glotte, *corde vocale* supérieure et *fausse corde vocale*.

Au-dessous de la fossette auriculaire, la face antérieure donne insertion au muscle biceps thyro-aryténoïdien, tandis que, au-dessus, elle fait partie de la paroi du vestibule.

11° *Face postérieure. Muscle aryténoïdien.* — Elle est concave dans le sens vertical, large de 6 à 9^{mm} à sa base, haute de 10 à 11^{mm} chez la femme, de 15 à 16^{mm} chez l'homme. Elle est luisante, excepté sur une petite partie de sa base destinée aux fibres les plus inférieures d'un muscle appelé *inter-aryténoïdien* ou simplement *aryténoïdien*.

Ce muscle est composé de deux ordres de fibres, les unes transversales et horizontales, profondes et antérieures, les autres obliques et croisées en sautoir ou en X, superficielles et postérieures. Les unes et les autres se confondent et s'unissent par des liens fibreux sur la ligne médiane chez certains sujets. La plus grande partie des premières s'insère au bord externe de chaque cartilage et non sur leur face postérieure, comme l'avancent la plupart des anatomistes; quelques-unes seulement, les plus inférieures, prennent pied sur la partie située au-dessus et en dedans de la facette articulaire. Elles constituent un faisceau quadrilatère dont le bord inférieur est séparé de celui du chaton du cricoïde par un

petit intervalle qui sert de passage aux vaisseaux et aux nerfs qui lui sont destinés.

Quant aux secondes, elles forment de chaque côté un faisceau triangulaire plus ou moins développé ; celui-ci s'insère sur l'angle externe de cette face et aussi sur le bord du châton, ainsi que je l'ai constaté maintes fois. De ces deux points elles se dirigent obliquement en haut vers le sommet du cartilage opposé, passent les unes devant les autres, s'entrecroisent sur la ligne médiane, contournent en partie ce sommet et vont se fixer, au moyen d'une et quelquefois deux languettes tendineuses, soit dans la paroi du vestibule, soit au bord de l'épiglotte.

La disposition et la direction des deux couches de fibres du muscle aryténoïdien nous semblent indiquer quel peut être l'effet de leur contraction. Cependant il y a divergence d'opinion entre les physiologistes à ce sujet.

Avant de vous soumettre, chers et savants collègues, la solution du problème, permettez-moi de vous rappeler quels sont les nerfs qui président à la contraction du muscle qui nous occupe.

12° Nerfs du muscle aryténoïdien. — Ce muscle reçoit par sa face profonde ou antérieure deux ramuscules fournis, l'un à droite, l'autre à gauche, par un rameau qui vient de chaque nerf laryngé inférieur, autrement dit le récurrent.

Le rameau en question se détache au moment où le récurrent va passer dans un anneau fibreux, découpé en emporte-pièce dans le fort ligament postérieur de l'articulation qui unit la petite corne du cartilage scutiforme au cricoïde. Cet anneau est parfois si petit que le récurrent est comme étranglé, tandis qu'au-dessous il est renflé et simule un petit ganglion. J'ai rencontré cet étranglement plus souvent dans le sexe féminin ; la branche qui continue le nerf est très réduite et filiforme en sortant de cet étroit passage.

Le rameau se dirige en dedans, monte le long de la face postérieure du cricoïde, s'engage sous le bord infé-

rieur du muscle crico-aryténoïdien postérieur; il se divise ensuite en deux ramuscules, dont l'un, antérieur, est très court, pénètre d'avant en arrière dans ce muscle, et l'autre, interne, continue son chemin vers l'aryténoïdien; arrivé au bord du chaton du cricoïde, ce dernier s'infléchit en avant, traverse avec les vaisseaux le petit espace que laissent entre eux le chaton et l'aryténoïdien transverse, et se termine dans le muscle en pénétrant d'avant en arrière par sa face antérieure.

Ainsi, chose importante! c'est le même rameau nerveux qui apporte la motilité au crico-aryténoïdien postérieur, muscle abducteur ou dilatateur par excellence, et à l'aryténoïdien.

§ II. — *Ordre de distribution des agents moteurs intrinsèques de l'organe de la voix.*

Ces agents ont été distribués par la nature sur trois plans bien distincts, suivant le rôle que les faisceaux musculaires dont ils sont formés doivent remplir.

Un premier plan, que j'appellerai *antérieur*, occupe, en avant et extérieurement, les côtés du cartilage de la pomme d'Adam et de l'anneau du cricoïde. Il est situé en dehors du larynx, c'est-à-dire sur la face antéro-latérale de la boîte laryngienne et constitué par un muscle double et puissant, le thyro-cricoïdien. Les fibres de ce plan musculaire produisent l'allongement d'avant en arrière des lèvres de la glotte, en faisant exécuter au cricoïde un mouvement d'équerre très important, mais dont le sens a été mal compris par plusieurs physiologistes, par Bichat et Louget particulièrement.

Le second plan, que je nomme *interne* ou *médian*, occupe l'espace compris entre l'angle rentrant du cartilage Adamique, le bord supérieur du cricoïde et la face antéro-externe des aryténoïdes. Placé à droite et à gauche de la glotte, il est constitué, de chaque côté, par trois agents musculaires principaux dont les fibres motrices ont un même point d'attache mobile en arrière, sur la face

externe de l'aryténoïde, et un point d'attache fixe en avant, sur une assez grande étendue. Ses faisceaux musculaires se dirigent, les *inférieurs* obliquement en bas et en dehors sur le cricoïde, les *moyens* horizontalement vers l'angle rentrant du cartilage scutiforme, et sur la face externe du ligament vocal, les *supérieures*, enfin, obliquement en haut sur les côtés du vestibule et vers la partie supérieure de l'angle rentrant thyroïdien. Chacun des trois agents, quoique ayant son action propre, n'en agit pas moins dans un but commun et produit le même résultat, l'*adduction* des lèvres vocales, c'est-à-dire leur rapprochement, leur tension, la constriction de l'orifice de la glotte en un mot.

Quant au troisième plan, autrement dit *plan postérieur*, il occupe la face postérieure du larynx. Il s'étend depuis le bas du chapon du cricoïde jusqu'au sommet de la face postérieure concave des aryténoïdes. Il est constitué par deux agents musculaires dont l'un, le crico-aryténoïdien postérieur est double, et l'autre, l'aryténoïdien, est simple, médian et comprend deux couches de fibres, les unes horizontales et transversales, et les autres obliques et croisées en X.

Ces deux agents musculaires ont aussi un point d'attache mobile commun, le côté externe de l'aryténoïde et la moitié postérieure de son apophyse musculaire. La contraction des fibres qui constitue ce plan postérieur a pour résultat l'*abduction*, c'est-à-dire l'écartement des lèvres vocales et par conséquent la *dilatation*, l'agrandissement transversal de l'orifice de la glotte.

Ici, je me trouve en contradiction avec bon nombre d'auteurs. Le rôle dilatateur est reconnu par tous comme appartenant au muscle crico-aryténoïdien postérieur; mais il n'en est pas de même quant à l'aryténoïdien. Pour la plupart d'entr'eux, la contraction de ses fibres transversales et obliques produit le rapprochement des deux aryténoïdes dans toute leur hauteur. Un petit nombre de physiologistes admettent ce rapprochement

entre les deux sommets seulement; de telle sorte que chaque aryténoïde se trouve incliné en même temps en dedans et en arrière, et ses deux apophyses vocales ou antérieures sont entraînées légèrement en dehors.

D'autres physiologistes, enfin, sont portés à croire que l'aryténoïdien rapproche les deux pyramides cartilagineuses par leurs bases seulement; ce serait donc un muscle adducteur et constricteur de la glotte.

En soumettant au courant électrique les deux ramuscules nerveux qui se distribuent aux fibres musculaires inter-aryténoïdiennes, Longet a vu, sur des larynx de bœuf, de cheval, etc., les deux cartilages se rapprocher fortement. Après une telle expérience, comment ne pas être de l'avis du physiologiste français?

En allant au fond des choses, on reconnaît que Longet a vu seulement à une partie du phénomène physiologique qui se produit dans le larynx humain. Son interprétation a une forme trop absolue et, si elle est vraie pour certaines espèces animales, elle ne l'est plus pour l'homme. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que je constate des erreurs scientifiques dans les affirmations des expérimentateurs. J'en ai déjà relevé plusieurs à propos de l'acte de la glutton, — permettez-moi de me servir de cette expression plus exacte que celle de déglutition — et en particulier du rôle de *couvercle* joué, soi-disant, par l'épiglotte.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir ce qu'il y a de dangereux, physiologiquement parlant, dans la voie de la comparaison de l'homme avec les animaux. Cette voie, excellente quand on l'applique aux questions d'anatomie et de physiologie générales, fausse la science quand elle descend dans les faits spéciaux non comparables. C'est ce qui est arrivé pour l'épiglotte.

Les deux ordres de fibres qui composent l'aryténoïdien ont chacun leur rôle spécial, ainsi que cela résulte de leur situation et de leur direction; ce rôle a pour but

commun le rapprochement par rotation en arrière des bords externes des deux cartilages, c'est-à-dire l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne ou respiratoire.

Le faisceau musculaire transverse, par ses insertions sur l'arête externe de deux pyramides, en arrière de leur axe de rotation, porte les deux arêtes l'une vers l'autre, et fait tourner plus ou moins en arrière et de dehors en dedans les chevilles cartilagineuses, dans le même sens que les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; il oblige leurs faces internes et leurs apophyses antérieures à se séparer, parce que se trouvant en avant de l'axe de rotation aryténoïdien, elles subissent un déplacement de dedans en dehors, c'est-à-dire en sens inverse du précédent et la partie postérieure de la glotte est ainsi entrebâillée, ouverte.

Les faisceaux obliques de l'aryténoïdien, agissant sur les deux extrémités des pyramides, inclinent celles-ci en dedans, l'une vers l'autre; ils rapprochent donc les deux cartilages par leurs sommets, mais ils n'ont aucune action sur leurs bases, lesquelles sont fixées par l'action des adducteurs du plan musculaire médian.

Lorsque les fibres obliques et transverses se contractent en même temps, ce qui est leur état physiologique normal, elles ont pour effet commun d'incliner en dedans et un peu en arrière l'axe vertical des deux chevilles cartilagineuses; celles-ci éprouvent une sorte de renversement qui rapproche leurs extrémités supérieures et et sépare, au contraire, leurs bases en avant. C'est, en fin de compte, à l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne qu'elles président, comme je vous le démontrerai dans quelques instants sur moi-même avec mon pharyngoscope.

Il ne faut pas oublier qu'au moment où le muscle aryténoïdien intervient, les apophyses vocales sont en contact et les lèvres de la glotte tendues par les adducteurs; les faces internes des cartilages sont aussi appliquées l'une contre l'autre et elles ne peuvent être

rapprochées de nouveau. L'action adductrice attribuée à ce muscle, par Longet en particulier, est selon nous, un non-sens physiologique.

N'oublions pas non plus l'inclinaison de haut en bas et de dedans en dehors des deux facettes cricoïdiennes, inclinaison qui s'oppose au glissement direct ou horizontal des deux bases cartilagineuses l'une vers l'autre, ni la distance qui les sépare, 16^{mm} chez la femme, 20^{mm}5 chez l'homme.

Rappelons également : 1° Que le plan postérieur des agents moteurs, produisant l'abduction ou dilatation, comprend les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et l'aryténoïdien ; 2° Que la motilité est apportée à ce plan musculaire par les divisions du même rameau nerveux.

Voilà, il me semble, un nombre de considérations suffisant pour se convaincre que le muscle, faisant l'objet de cette communication, appartient aux agents dilateurs de la glotte. Ainsi, le conflit physiologique que les expérimentateurs ont cru exister entre l'aryténoïdien d'une part et les crico-aryténoïdiens postérieurs de l'autre, est contraire à la saine physiologie, à l'anatomie et à l'observation sur le vivant.

La démonstration expérimentale de ce que j'avance a été faite, il y a déjà vingt-cinq ans, en 1861 ; en voici la preuve :

« Si, en effet (*Cours de Laryng.*, p. 82, par le D^r Moura), on maintient la glotte fermée complètement afin d'empêcher l'air d'arriver dans la poitrine ou d'en sortir, en laissant ensuite pénétrer ou échapper cet air par petites quantités, on voit la glotte inter-aryténoïdienne s'ouvrir brusquement ; en même temps, une petite colonne d'air pénètre ou sort avec un léger bruit de soupape. Pendant toute la durée de l'expérience, les cordes vocales conservent leur contact parfait. »

La fuite d'air n'est pas nécessaire pour produire l'écartement des bords de la glotte cartilagineuse ; l'action volontaire de l'aryténoïdien suffit. Cet écartement est

accompagné en effet d'un bruit de soupape ou mieux de clapet, très net, et ce bruit est dû à la brusque séparation des deux bords accolés ensemble. Pendant toute la durée de l'expérience ma respiration est volontairement arrêtée, suspendue; une bougie allumée peut être placée devant ma bouche et sa flamme reste immobile.

J'ai répété maintes fois cette expérience devant des médecins et des élèves. On voit très nettement les deux aryténoïdes s'écarter à leur base, ouvrir la glotte cartilagineuse, et leurs extrémités supérieures se porter en arrière et se rapprocher légèrement. Les deux chevilles éprouvent une sorte de renversement en arrière; ce qui permet de constater que leurs apophyses antérieures se détachent de la paroi postérieure et interne du cricoïde, se portent ensuite en haut et en avant et la glotte postérieure s'ouvre avec bruit.

Ces déplacements aryténoïdiens ne peuvent être attribués à la pression de l'air intérieur ou extérieur, car il n'y a qu'à maintenir cet orifice entièrement fermé et l'expulsion de l'air par le soufflet pulmonaire, quelque énergique qu'elle soit, ne parvient à écarter ni ses bords, ni les apophyses vocales. C'est donc bien le muscle aryténoïdien seul qui produit leur séparation.

L'intervention de ce muscle dans l'acte de la respiration a lieu dans les cas de fermeture complète de la glotte. Cette fermeture peut être la suite d'un état spasmodique ou paralytique, direct ou indirect, passager ou permanent, volontaire ou involontaire.

DE LA TRANSFORMATION DE POLYPPES MUQUEUX EN TUMEURS MALIGNES (CARCINOMATEUSES OU SARCOMATEUSES)

Par M. le Dr **BAYER**, de Bruxelles

D'après une communication faite à la 59^e réunion des naturalistes et
médecins allemands à Berlin, septembre 1886.

Depuis la publication de Billroth *Sur la texture des
polyppes muqueux* (Berlin 1855), où la métamorphose des

polypes muqueux en tumeurs malignes est qualifiée de « mythe devenu traditionnel », la plupart des auteurs ont envisagé cette question à ce point de vue. Michel est le premier qui rapporta, en 1876, un cas où il paraît hors de doute, que des polypes muqueux ordinaires aient pu se transformer en tumeurs malignes. Un autre cas est décrit par Hopmann, en 1885, qui parle plus ou moins en faveur de cette éventualité. Schmiegelow (*Revue Mensuelle de laryng. d'otol.*, etc., 1885), traite la question déjà de plus près, et rapporte quelques faits observés par M. Schæffer. Malheureusement, dans tous les cas mentionnés il manque encore quelque chose pour nous convaincre. C'est aussi, en grande partie, la raison qui m'engage à faire connaître une observation, tirée de ma pratique, qui me semble remplir toutes les conditions désirées et dont j'ai l'avantage de pouvoir produire la pièce pathologique (1).

Au mois de juin 1884, un Monsieur R. de J..., âgé de cinquante ans, me consulta pour une tumeur nasale, que son médecin (un spécialiste de Bruxelles) voulait enlever au moyen d'une opération radicale. A l'inspection nasale je pouvais constater une tumeur qui descendait d'en haut jusqu'au niveau du cornet inférieur. La surface inférieure de la tumeur était ulcérée, granulée et saignait au moindre contact, mais quand on la déplaçait au moyen de la sonde, on pouvait voir qu'elle était vers sa partie supérieure, jaunâtre et transparente comme les polypes muqueux ordinaires.

Comme il n'y avait aucune urgence de procéder à une opération radicale, j'enlevai la tumeur au moyen de l'anse froide au niveau de son insertion. Quelques jours après on ne pouvait en découvrir aucune trace. Le malade est resté guéri jusqu'aujourd'hui.

En examinant la pièce on reconnaît facilement à l'œil nu un carcinome villiforme (Zottenkrebs) implanté par

(1) La pièce fut montrée à la section laryngologique et remise ensuite à M. Virchow, par M. B. Fraenkel, président.

une large base sur un simple polype muqueux. L'examen microscopique confirme complètement ce diagnostic.

Deux circonstances sont d'une importance capitale dans ce cas : 1° la nature maligne de la tumeur villiforme, et 2° l'absence de recidive, qui nous garantit que le terrain sur lequel le polype muqueux a poussé, était intact de toute infiltration maligne !

Pendant que j'étais occupé à préparer cette communication (septembre 1886) j'ai eu l'occasion d'observer un cas ayant une ressemblance marquée avec ceux de Michel, de Hopmann et de Schæffer. C'était une combinaison de carcinome épithélial et de polypes muqueux qui eux aussi étaient déjà infiltrés de cellules épithéliales. Les polypes muqueux existaient chez le malade (âgé de cinquante ans), depuis vingt ans, moment où apparurent des symptômes plus alarmants, qui le décidèrent à s'en occuper sérieusement. Chez ce dernier sujet, la question de savoir où le carcinome a pris naissance, doit rester pendante, bien qu'il soit probable qu'un polype muqueux en a été le point de départ.

Toutefois on ne saurait exclure l'hypothèse que les parois de la cavité nasale aient été les premières atteintes.

COMPTE RENDU DE LA 59^e RÉUNION

DES

NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886

SECTION D'OTIATRIE (1).

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. LUCÆ.

1° M. SCHWARTZ (Halle s-S) : **Des bévues et des erreurs thérapeutiques.**

Le rapporteur combat l'emploi des poudres médicamenteuses mises en usage dans ces derniers temps, à tort et à

(1) D'après le *Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Berlin*, 18-24 septembre 1886.

travers, dans les cas d'otite moyenne suppurée. C'est surtout l'acide borique préconisé par M. Bezold et l'iodoforme qui sont en vogue. Mais leur emploi, sous forme de poudre, est loin d'être sans danger, car, sous l'influence de ce traitement, on voit survenir, et cela assez souvent, des inflammations secondaires de l'apophyse mastoïde pouvant nécessiter son ouverture artificielle.

La cause de ces accidents est la conséquence de la rétention du pus. L'iodoforme est encore plus dangereux que l'acide borique. Aussi, doit-on prendre de grandes précautions dans l'emploi de ces deux médicaments. Dans les cas de perforations petites ou situées dans le segment supérieur du tympan, il vaut encore mieux ne pas insuffler de poudres médicamenteuses.

Dans la discussion, MM. Trautmann (Berlin), Gruber (Vienne), Lucæ (Berlin), Guye (Amsterdam), approuvent les idées de M. Schwartze.

M. TRAUTMANN a vu bon nombre de cas d'abcès par congestion et de carie de l'apophyse mastoïde survenus au cours d'otite moyenne suppurée avec petites perforations du tympan, après l'insufflation d'acide borique. L'iodoforme devrait être abandonné complètement.

MM. ROHRER (Zurich) et KOLL (Bonn) défendent le traitement à l'acide borique en poudre, pourvu qu'on n'en insuffle pas de trop grandes quantités.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Schwartze parle contre l'emploi de l'alcool concentré dans les cas de polypes et de suppurations de l'oreille. Il n'a jamais vu disparaître de granulation polypoïde sous l'influence de ce traitement. Par contre, il a eu l'occasion d'observer, chez plusieurs malades traités de cette manière, de la pyémie et de la méningite avec terminaison fatale. Dans ces cas, l'alcool produisait la formation de trombus qui, en se putréfiant, étaient emportés par le torrent circulatoire et occasionnaient une intoxication septique.

M. VOLTOLINI (Breslau) et M. GRUBER (Vienne) sont aussi de l'avis que l'alcool absolu est inefficace dans les cas de polype d'oreille; mais ce médicament pourrait être essayé dans les otorrhées chroniques, après avoir employé vainement d'autres remèdes.

M. KATZ (Berlin) recommande l'alcool dans les cas de petites granulations ou de reste de polype.

M. TRAUTMANN fait observer que l'alcool absolu n'a pas, non plus, l'effet désiré dans les cas d'aspergillus nigricans.

2^e M. TRUCKENBROD (Hambourg) parle du **nettoyage et de la désinfection des instruments employés en otologie et en laryngologie**.

Il recommande de laisser les instruments dans l'eau bouillante pendant cinq minutes. Pour nettoyer les tubes, il emploie la vapeur surchauffée, qu'il fait passer à travers en les appliquant à une petite chaudière.

3^e M. STEINBRÜGGE (Giessen). **Des affections labyrinthiques consécutives à la méningite cérébro-spinale**.

Le rapporteur se basant sur deux cas observés par lui, développe de quelle manière se détruirait le labyrinthe dans le cours de la méningite cérébro-spinale. L'un de ces cas avait la forme typique de la méningite cérébro-spinale. Chez l'autre malade, cette affection avait revêtu une forme fruste et lente. M. Steinbrügge croit qu'il faut distinguer deux modes de destruction du labyrinthe, d'une part l'inflammation purulente et d'une autre les processus nécrotiques. Ces derniers envahissent le périoste des canaux demi-circulaires osseux par suite de l'action directe du virus de ladite affection sur les petits vaisseaux. La stase et la thrombose qui se font dans ces vaisseaux engendrent la destruction du périoste et des parties du labyrinthe membraneux adhérentes. La nécrose n'est donc pas le résultat de l'inflammation purulente, mais elle est primitive. Ainsi s'expliquerait ce fait que dans bien des cas de méningite cérébro-spinale, on observe une surdité précoce et inguérissable.

La destruction des tissus labyrinthiques par le pus est due à l'action mécanique de ce dernier, s'il en existe une assez grande quantité. Les examens faits sur le facial, par exemple, prouveraient qu'une petite quantité de pus se trouvant entre les fibres et autour de ce nerf ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Au contraire, dans le second cas, observé par le rapporteur, une quantité plus considérable de pus semblait avoir amené, par action mécanique, une destruction partielle des fibres du nerf acoustique.

Une période ultérieure de l'affection labyrinthique est la néoformation du tissu lamineux qui à son tour est destiné à s'ossifier.

A la fin de sa communication, le rapporteur rappelle la courbe particulière de la température dans les cas de méningite cérébro-spinale sporadique. La température peut être peu élevée ou même rester normale pendant des intervalles de temps assez longs, bien qu'il existe une inflammation purulente des méninges et une destruction considérable du labyrinthe. En terminant, M. Steinbrügge présente les préparations microscopiques des malades qu'il a observés.

Dans la discussion, M. BARTH (Berlin) fait observer que dans les cas de méningite due à l'otite suppurée, on trouve assez fréquemment durant huit à quatorze jours une température normale ou au-dessous de la normale et ne s'élevant parfois qu'aux derniers moments de la vie. La chute de la température sans décroissance des autres symptômes est un mauvais signe pronostic.

M. SCHWARTZ dit que la méningite « ex-otitis » peut, dans des cas rares, se terminer fatalement sans que la température dépasse 38°. Dans les abcès cérébraux, on n'observe généralement pas de fièvre.

M. TRUCKENBROD a observé dans le cours de méningite cérébro-spinale, de l'otite moyenne suppurée aiguë, mais il ne croit pas qu'il y avait eu de rapport entre ces deux affections. La perception pour les sons graves était bien conservée.

M. SCHWABACH rapporte trois cas de surdité, suite de méningite cérébro-spinale. Dans un de ces cas l'enfant n'était malade que depuis trois à quatre jours. Il n'existait pas de fièvre, mais chez ce malade, contrairement à celui observé par M. Truckenbrod, la perception pour les sons aigus était conservée.

M. KELLER (Cologne) a constaté de la fièvre dans les cas soignés par lui.

M. LUCÆ n'attache qu'une importance relative à l'examen fonctionnel des personnes (surtout des enfants) devenues sourdes à la suite de méningite cérébro-spinale, car la plupart sont incapables de bien indiquer la hauteur des sons perçus.

M. GUYE demande à ses confrères si on doit regarder les cas dans lesquels le processus morbide s'était terminé au bout de huit à dix jours, comme des exemples de méningite cérébro-spinale ou comme étant de simples inflammations labyrinthiques primitives.

M. GOTTSTEIN (Breslau) rappelle son relevé statistique de cas de surdités subites de ce genre, survenues d'une manière épidémique, à une époque où il existait de la méningite cérébro-spinale.

4^e M. LICHTENBERG (Budapest) : Des troubles de l'ouïe chez les employés de chemin de fer au point de vue de la sécurité des voyageurs.

Le rapporteur a examiné l'organe de l'ouïe de 250 employés de chemin de fer et a constaté chez 92, c'est-à-dire chez 36,8 0/0, des affections auriculaires; 32 fois, il s'agissait des formes catarrhales, 3 fois d'une affection labyrinthique et 30 fois c'était l'oreille externe qui était atteinte. Etant donné, d'une part, cette fréquence d'affections de l'organe de l'ouïe chez les employés de chemin de fer, et, d'autre part, l'importance de signaux acoustiques pour le service, on peut en conclure que bon nombre d'accidents de chemin de fer sont dus, non à la négligence du personnel, mais à une altération de l'ouïe chez plusieurs d'entre eux.

(A suivre.)

D^r LICHTWITZ.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue,
par L.-G. RICHELOT.

L'auteur commence par rappeler que le cancer de la langue considéré, à juste titre, comme étant des plus graves, doit cependant être opéré quand la tumeur peut être enlevée en totalité et qu'elle ne s'accompagne pas de retentissement ganglionnaire ou viscéral. C'est qu'en effet, dans ces cas, les malades peuvent bénéficier d'une survie qui légitime l'opération. Le mieux que l'on pût désirer, serait de pouvoir faire le diagnostic du cancer à l'état naissant et d'opérer sans attendre.

M. Richelot désire appeler l'attention sur le meilleur procédé à employer dans les cas d'ablation partielle de la langue, alors que le cancer est assez limité pour qu'on puisse enlever tout le mal et dépasser largement ses limites. A ce propos, il fait d'un seul coup le procès à l'écraseur, au thermocautère, à l'anse galvanique et à la ligature élastique, qu'il considère comme des instruments hémostatiques insuffisants. Il leur préfère trois longues pinces courbes, construites sur les indications de M. Péan et qui sont placées : la première transversalement et en arrière de la tumeur; la deuxième longitudinalement et partageant la langue en deux moitiés inégales; la troisième est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le mal circonscrit, la tumeur est sectionnée en deça des pinces avec des ciseaux courbes.

Les pinces dans l'esprit de leur inventeur, devaient être laissées à demeure, puis retirées au bout de vingt-quatre heures, l'hémostase étant assurée. Mais il arrivait parfois qu'elles ne pouvaient être supportées par les opérés, et presque toujours elles étaient un instrument d'horreur pour ceux qui les entouraient. C'est pourquoi il aime mieux le procédé qui consiste à passer verticalement une série de crins de

florence au ras des deux premières pinces, dans le bourrelet lingual qu'elles circonscrivent; il unit ainsi en nouant les crins les deux lèvres de la plaie et peut ensuite enlever les pinces. Au-dessous de la troisième pince, il jette un fil de soie et fait une ligature en masse. Grâce à ce procédé, il a pu éviter les inconvénients qui résultaient de l'emploi des pinces à demeure, et, après s'en être servi dans trois cas, il est amené à conclure que l'usage des pinces longues, des ciseaux et de la suture, constitue le meilleur procédé pour l'ablation des épithéliomes circonscrits de la langue (*Union Médicale*, du 3 juillet 1886.)

M. NATIER.

Spasme clonique de la langue (*Spasmo clonico della lingua*),

Par M. le Dr SEPPILLI.

Le spasme clonique de la langue, qu'on rencontre si souvent dans les maladies convulsives, est très rare comme forme isolée, c'est-à-dire limitée seulement aux muscles de la langue et constituant une maladie idiopathique. La littérature médicale, en effet, selon l'A. note, ne possède que bien peu de cas de spasme clonique linguale idiopathique; ce sont les deux cas de *Berger*, le cas de *Erb* et celui de *Remak*. L'A. n'a estimé intéressante que la publication d'un cas observé par lui et qui (le cas) présentait aussi des caractères importants qui le distinguaient des cas connus jusqu'à présent.

Il s'agissait d'une femme âgée de trente-quatre ans, fille de père fou et recueillie elle-même à l'hôpital des fous d'*Imola*, pour troubles mentaux survenus : la première fois pendant la grossesse et la seconde après un accouchement et pendant la période de l'allaitement. A la seconde fois, ce spasme lingual se traduisit par les caractères suivants :

« La langue éprouvait des secousses musculaires rythmiques ou volontaires, exclusivement limitées à la moitié droite de l'organe. A chaque contraction, la langue, dans sa moitié droite, était portée d'abord en arrière, et puis poussée en avant contre la moitié droite de la voûte palatine. A ce mouvement, que la moitié droite de la langue exécutait, dans le sens autéro-postérieur, s'en associait un autre qui poussait la

entre les deux soit
chaque aryténoïde
en dedans et e
vocales ou antérie
dehors.

D'autres physiolo
l'aryténoïdien rapp
neuses par leurs l
muscle adducteur e

En soumettant au
cules nerveux qui s
inter-aryténoïdienn
bœuf, de cheval, etc.
fortement. Après un
être de l'avis du phy

En allant au fond
avu seulement à une
qui se produit dans l
à une forme trop ab
taines espèces anima
Ce n'est d'ailleurs pas
erreurs scientifiques d
teurs. J'en ai déjà rel
glutition, — permette
sion plus exacte que
culier du rôle de cou
glotte.

Je n'ai pas besoin
dangereux, physiologi
la comparaison de l
voie, excellente quan
d'anatomie et de physi
quand elle descend da
rables. C'est ce qui est

Les deux ordres de
ont chacun leur rôle
leur situation et de les

gustatives de la corde du tympan proviennent du trijumeau. Il croit cependant que de nouvelles expériences seraient nécessaires (*Semaine Médicale* du 17 février 1886, *Soc. de Biologie*, 13 février.)

M. NATIER.

Spasme réflexe des muscles pétérygoïdiens internes consécutif à une affection de la cavité buccale (*Reflex spasm of the internal Pterygoid muscles from disease of the oral cavity*), par le Dr E. REECS.

Il s'agit d'une dame chez laquelle les muscles pétérygoïdiens internes étaient dans un état de contraction permanente surtout marquée à droite. La cause parut devoir être rapportée à la douleur produite par une molaire. La contraction disparut après l'extraction de la dent.

L'auteur rapporte en outre l'observation d'un homme éprouvant de violentes douleurs de l'oreille gauche. La cause était due à une altération profonde située sur la langue vis-à-vis de la dernière molaire. Quant on irritait l'ulcération avec une sonde, le malade éprouvait de la douleur dans l'oreille correspondante, ce qui montrait bien que le trouble était d'origine réflexe. (*Northwestern Lancet*, septembre 15, 1886.)

B. DEL.

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. De l'angine, dite de Ludwig, et des phlegmons sous-hyoïdiens en général, par Paul TISSIER, interne des Hôpitaux.

C'est en 1836 que Ludwig, se basant sur quatre observations, s'efforça de constituer une nouvelle entité morbide. Les vues de l'auteur furent, de prime-abord, accueillies avec engouement de l'autre côté du Rhin; mais bientôt survint la période de réaction qui dure encore. M. Tissier, dans son travail, se propose de montrer que ce qu'il y a de mal fondé dans la dénomination d'angine de Ludwig, vient uniquement de ce qu'on a voulu la faire trop compréhensive. Il cite l'observation primitive de Ludwig et rappelle que cet auteur crut devoir ranger cette affection dans le cadre de l'érysipèle. Il fait ensuite l'énumération détaillée des partisans et des détracteurs de la théorie de Ludwig et termine son historique

en disant que seul, le professeur W. Roser, reste aujourd'hui le défenseur convaincu de la thèse ancienne.

M. Tissier aborde ensuite la description anatomique et clinique de l'affection, la définit un processus infectieux septique *forcément et toujours* identique à lui-même, quant à son germe pathogène, secondaire à une lésion primitive vulgaire de la cavité buccale. L'affection se montre chez des sujets jeunes et vigoureux, parfois à la suite de refroidissements, souvent sans causes appréciables. Le début est insidieux, mais au bout d'un ou deux jours survient une tuméfaction indolore d'abord, vers la région de la glande sous maxillaire, plus rarement dans la région parotidienne. L'auteur énumère longuement les symptômes auxquels elle va donner lieu, et les phases successives qu'elle va traverser. Le quatrième jour le tableau s'assombrit jusqu'au septième ou a lieu le développement rapide du processus gangréneux. Si la maladie doit se terminer par la mort, la température monte rapidement, et le dénouement fatal survient dans le coma. Il y a, au contraire, atténuation des symptômes quand l'évolution doit être favorable.

Revenant sur la symptomatologie, M. Tissier dit que la mort peut s'expliquer :

1° Soit par le fait de l'intoxication générale avec le cortège des signes ataxo-adiynamiques;

2° Soit par symptômes laryngiens avec le tableau général de l'asphyxie.

3° Soit enfin par infection secondaire avec des symptômes pyohémiques.

A l'appui de ces distinctions capitales, il rapporte un certain nombre d'observations dont quelques-unes personnelles.

Passant ensuite à l'étude anatomo-pathologique de l'affection, il croit bon de rappeler d'abord les faits anatomiques indispensables pour comprendre les désordres causés par la maladie dans la région sous-maxillaire. Il s'attache, après avoir rapporté les résultats fournis par deux autopsies, à décrire minutieusement : 1° *les lésions locales*, 2° *les lésions à distance* que l'on peut rencontrer dans l'angine de Ludwig.

M. Tissier, voulant arriver à une dénomination exacte de la maladie dont il a entrepris l'étude en expose la pathogénie. Pour lui, il s'agit ici d'une maladie infectieuse. Le germe pathogène de cette maladie, n'a pas été isolé, il est vrai, mais d'autres caractères suffisent à confirmer cette hypothèse. En effet, la marche toute spéciale du mal, l'albuminurie signalée dans certaines observations, la présence de signes articulaires et surtout le caractère contagieux, sans parler d'autres signes moins importants plaident surabondamment en faveur de l'infection. Ce n'est point là l'affection qu'avait décrite Ludwig, aussi l'auteur se refuse-t-il à lui conserver son nom et l'appelle-t-il *angine sous-maxillaire infectieuse*. Il la croit due à la pénétration dans l'organisme d'un germe extérieur, de nature encore indéterminée, par la voie lymphatique ou les conduits glandulaires.

Au point de vue étiologique, à côté du germe et des surfaces béantes qui le reçoivent entre en jeu un troisième facteur, l'individu. Fréquente entre vingt et trente ans, cette maladie n'épargne pas l'enfance, mais semble respecter la vieillesse. Si on la rencontre plus fréquemment chez les hommes, c'est probablement parce qu'ils sont plus exposés que les femmes aux conditions de contagion. Les refroidissements répétés se trouvent relatés dans la majorité des cas.

L'affection est grave et son pronostic souvent fatal.

L'angine sous-maxillaire infectieuse, pourrait être confondue avec : A. Maladies générales infectieuses, telles que : *amygdalite infectieuse, oreillons sous-maxillaires au début, angine érysipélateuse*. B. Maladies locales : *fluxion dentaire, ostéo-périostite maxillaire, phlegmon traumatique sus-hyoïdien, adéno-phlegmon, amygdalite suppurée, hygroma thyro-hyoïdien, phlegmon thyro-hyoïdien, hygroma de la bourse séreuse de Fleischman*.

L'angine sous-maxillaire infectieuse, étant une maladie générale infectieuse, on devra, par des moyens prophylactiques, empêcher d'abord la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme.

Une fois la barrière franchie, il faudra, par des moyens

appropriés combattre et rendre impuissant cet agent infectieux (*Progrès médical*, n° 35, 36, 37 et 38, 1886).

M. NATIER.

Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire. Présence d'un parasite, par le Dr GALIPPE.

L'auteur donne l'analyse d'un calcul sorti spontanément du canal de Wharton chez un homme de trente-neuf ans. Il était formé de couches concentriques, sans noyau central. G... a pu isoler et cultiver un parasite appartenant à la série des parasites bucaux, étudiés par MM. Malassez et Vignal (*La France médicale*, 3 août 1886, n° 88).

Des accidents causés par les calculs de l'amygdale,
par M. le Dr TERRILLON.

Les observations de calcul de l'amygdale sont nombreuses; d'après Robin, ils seraient dus à de petits cristaux calcaires que le microscope lui a fait découvrir au milieu des glandes amygdales et du pharynx. Passaguay pense, s'appuyant sur l'identité de composition externe, que leur origine est la même que celle des calculs salivaires ordinaires.

Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Ils sont rarement plus gros (Hoffmann, Pomard, Knaus). Leur composition chimique, d'après Robin, est la suivante :

Eau	25.0
Phosphate de chaux.....	50.0
Carbonate de chaux.....	12.5
Mucus.....	12.5
	<hr/>
	100.00

Les symptômes auxquels donne lieu la présence des calculs sont de plusieurs sortes. C'est d'abord une angine simple, qui tantôt reste telle, tantôt s'accompagne de dyspnée, de dysphagie, d'œdème des replis pharyngo-laryngiens. Souvent, les angines se répètent pendant un très long intervalle de temps ne laissant au malade que des intervalles de repos plus ou moins considérables; chaque crise se termine souvent par l'ouverture d'un abcès; la guérison définitive ne se produit qu'après l'élimination du calcul.

Au cours de ce travail, M. Polaillon rapporte plusieurs observations dont une lui est personnelle. Nous la résumons ici :

« M. X..., cinquante ans, arthritique à la suite d'un violent mal de gorge, eut une violente inflammation qui sembla avoir déterminé un abcès de l'amygdale droite, qui, au lieu de céder après l'issue du pus, passa à l'état chronique. Plusieurs chirurgiens crurent à une affection maligne. L'amygdale gonflée présentait de véritables bosselures qui pouvaient donner le change. Mais au toucher, M. Polaillon sentit, vers la partie moyenne et postérieure de la tumeur, une petite pointe qui lacérait le bout du doigt. L'examen avec le miroir frontal lui permit d'apercevoir, à l'endroit où il avait senti la pointe, un corps blanc, jaunâtre, semblable à un corps étranger ayant longtemps séjourné dans les tissus.

Le corps étranger constaté fut extrait, sans anesthésie, à l'aide de pinces, après incisions préalables, faites au bistouri et avec des ciseaux droits. Le calcul extrait avait le volume d'une noisette. (*Arch. Gén. de méd.*, août 1886.)

Dr J. CH.

Du chancre de l'amygdale, par le Dr César Boeck.

Il s'agit de trois observations de chancre amygdalien rapportées par l'auteur.

1^{re} cas. — Une jeune fille de dix-neuf ans, *vierge*, vit son amygdale gauche se tuméfier, sans plaie ni érosion. Ganglion sous-maxillaire gauche tuméfié. Plus tard, apparurent les divers symptômes d'une infection syphilitique qui ne pouvait provenir que des enfants de la maison où servait cette jeune fille et qui étaient atteints de syphilis héréditaire.

2^e cas. — Jeune fille de quatorze ans : tuméfaction du ganglion rétro-maxillaire gauche et de l'amygdale gauche, sur celle-ci excoriations à contour irrégulier, tous les symptômes de la syphilis.

3^e cas. — Couturière, vingt-quatre ans; grosse ulcération sur chacune des amygdales; tuméfaction des glandes sous-maxillaires, syphilis avérée.

En dix ans, l'auteur a, dans sa pratique privée, vu 9 cas de chancre amygdalien, ce qui lui fait admettre la grande fréquence de la lésion. Il croit même que la *syphilis d'emblée* serait une syphilis causée par un chancre de l'amygdale.

Les chancres de l'amygdale proviennent probablement de ce que les personnes atteintes ont fait usage des mêmes ustensiles pour manger ou boire, que des personnes infectées.

Un des meilleurs signes, pour le diagnostic, est l'engorgement des ganglions en arrière de l'angle de la mâchoire. Seuls, les accidents secondaires, permettent de confirmer le diagnostic. L'auteur conseille l'emploi de l'atropine dans les éruptions syphilitiques (*Tidskrift for prakt medicin.*, n° 15 et 16, 1885).

A. Graarud a aussi publié 3 cas d'inoculation syphilitique par les amygdales dans la même famille.

Le premier cas concernait un homme de vingt-quatre ans, dont l'amygdale gauche était recouverte d'une membrane adhérente; tuméfaction ganglionnaire, à gauche, en arrière de l'angle de la mâchoire. L'infection avait eu lieu par l'intermédiaire des ustensiles de cuisine.

2° cas. — La sœur du précédent, trente-cinq ans, vit apparaître, sur l'amygdale gauche, deux ulcérations avec fausses membranes diphthéroïdes; ganglion très tuméfié en arrière de l'angle du maxillaire gauche; tuméfaction des ganglions de la nuque.

3° cas. — Vieillard de quatre-vingts ans, père des deux précédents; rougeur très vive sur les deux amygdales qui sont un peu tuméfiées; pas d'engorgement ganglionnaire, pas de fausses membranes. Balanite et eczéma.

La contagion venait de l'usage des mêmes tasses et des mêmes pipes. (*Tidskrift for praktisk medicin.*, 15 octobre 1885. — *Revue internationale des Sciences médic.*, n° 32, 1886).

M. NATIER.

Amygdalites infectieuses, par le Dr DUBOUSQUET LABORDERIE.

L'auteur rapporte un nouveau fait venant à l'appui de la *théorie de Kannembug*, Ch. Bouchard et Landouzy qui

voient dans cette affection, si simple en apparence, la manifestation d'un état général. L'amygdalite infectieuse se développe surtout dans un milieu préparé d'avance surtout chez les individus atteints de misère physiologique. Le début est brusque, fièvre vive, courbature, céphalalgie, etc., gonflement des amygdales, tuméfaction ganglionnaire, l'urine contient de l'albumine et des bactéries. Le traitement doit être franchement antiparasitaire. Quinine, résorcine, les toniques trouvent aussi leur indication dans la discussion. Verneuil cite un cas d'amygdalite infectieuse suivie de mort en quarante-huit heures et Bouchard prétend que l'angine simple est infectieuse. (*Congrès pour l'avancement des sciences*, Nancy, 1886.)

Des hémorragies dans l'angine phlegmoneuse,

par le Dr MOIZARD, médecin de l'hospice de Bicêtre.

La bénignité du pronostic de l'angine phlegmoneuse est chose reconnue de tous ; il faut cependant dire que les accidents qui peuvent l'assombrir, sont aussi graves qu'ils sont rares ; parmi ceux-ci, l'auteur s'attache à signaler les hémorragies. Il rapporte une observation où le malade perdit plus d'un litre de sang et ne dut son salut qu'à une syncope prolongée. Il est, dit-il, permis de s'étonner de la rareté des hémorragies compliquant l'angine phlegmoneuse, quand on songe aux rapports de l'amygdale avec les gros vaisseaux du cou. Il explique la possibilité de la propagation des phénomènes inflammatoires en dehors de la loge amygdalienne, par un mécanisme analogue à celui fourni par M. Vergely, sur le même sujet, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*. — Il donne un résumé des observations relatées par cet auteur et conclut en faisant remarquer que si les hémorragies peuvent se produire lors de l'ouverture de l'abcès, elles peuvent aussi lui être consécutives, et qu'il n'est pas rare de voir une première hémorragie suivie d'une ou plusieurs autres. De plus, on saura qu'il est difficile de prévoir dans le courant d'une angine phlegmoneuse, la possibilité d'une hémorragie. Comme traitement, on emploiera les hémostatiques habituels et au

besoin, il ne faudra pas différer la ligature de la carotide (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, août 1886).

M. NATIER.

Sur un procédé expérimental très simple, pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers, dans le second temps de la déglutition ou temps pharyngien, par le Dr J. V. LABORDE, chef des travaux physiologiques à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Après avoir rappelé que la question a donné lieu à des discussions interminables et à des divergences encore pendantes, M. Laborde dit que l'observation expérimentale bien faite sur l'animal était nécessaire pour fournir une solution définitive. C'est à Fiaux que revient l'honneur d'avoir bien compris et montré cette nécessité, mais l'expérience principale, celle qui consiste à découvrir le canal pharyngo-nasal au moyen d'une ouverture pratiquée au-dessus des narines, est des plus laborieuses et nécessite un traumatisme considérable. M. Laborde a modifié le procédé de la façon suivante : il fait la section du bulbe et pratique la respiration artificielle. En ce cas, il se fait spontanément des déglutitions successives, suscitées et entretenues par un écoulement abondant de salive. En maintenant la bouche ouverte et en tirant légèrement la langue par son extrémité, on constate que le voile s'élève en se croisant légèrement vers le milieu de sa face inférieure, en même temps qu'il se tend et se porte en arrière et en haut par son bord libre. Une condition indispensable de réussite de l'expérience, c'est de pratiquer, aussi exactement que possible, la section du bulbe au niveau de son collet.

Pour voir ce qui se passe du côté du bord libre du voile et de ses piliers postérieurs, il suffit (le bulbe étant sectionné) d'ouvrir, à l'exemple de Fiaux, la cavité laryngienne, en sectionnant et amputant sur les côtés le cartilage thyroïde. Cela fait, on a sous les yeux la paroi postéro-supérieure du pharynx avec le bord libre et les piliers du voile dans leur situation normale et de repos. Or, aussitôt que s'accomplit une déglutition, on voit : le pharynx se porter en haut et en avant, aller au-devant du voile, dont le bord libre est tendu

et tiré par les pharyngos-staphylins, en arrière et en haut de façon à former un angle ouvert en bas, constituant en haut les côtés d'un losange que complète, en bas, la muqueuse froncée du pharynx contracté et comme ramassé sur lui-même. Lorsque ce mouvement d'ensemble est très prononcé, on assiste exactement au mécanisme de fermeture d'un sphincter. — On se trouve donc, en résumé, en présence d'une fermeture losangique, réalisant une véritable occlusion sphinctérienne, bien différente du mécanisme dit du *rideau*, appliqué dans l'ancienne théorie au jeu des piliers postérieurs du voile. (*Tribune médicale* du 2 mai 1886).

M. NATIER.

Ablation des tumeurs pharyngiennes,
par M. le Dr VERNEUIL.

A propos d'une observation précédemment rapportée par M. Monod, d'un malade en ce moment dans son service, M. Verneuil émet quelques considérations sur les tumeurs du pharynx. L'ablation en est très grave ; parce que l'antisepsie est difficile à obtenir dans la bouche. On peut cependant y parvenir sans avoir recours à la trachéotomie préventive. Comme exemple, il rapporte le cas d'un individu atteint d'adéno-myxome du pharynx, opéré par lui. Pour l'enlever il fit une incision partant de l'angle labial et suivant le bord du maxillaire inférieur ; il enleva la moitié du voile du palais et aborda ainsi facilement la tumeur, il sectionna la mâchoire inférieure au-devant du masseter, lia la pharyngienne postérieure et énucléa facilement la tumeur. Le malade mourut en deux jours d'inanition. Le maximum de la fièvre avait été 38°1, un seul jour. (*Gaz. des Hop.*, 19 juin 1886).

De quelques cas d'angine couenneuse, par le Dr SMON.

L'auteur expose dans une leçon de clinique les caractères qui permettent de distinguer entre eux les produits diphtériques, pultacés, herpétiques, ceux qui sont dus à une cautérisation par le nitrate d'argent, les taches lactées que l'on aperçoit sur les amygdales des tout petits enfants et enfin le

muguet confluent. En résumé, l'auteur estime qu'il n'est pas toujours possible de se prononcer au début sur la nature de la maladie (*Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet 1886, n° 79).

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Contribution à l'étude des névroses réflexes déterminées par les affections nasales. (*Contribut. alle sedis delle nevrose riflesse d'origine nasale*), par M. le D^r L. de GENNARO.

L'auteur résume sur cette question les observations cliniques de plusieurs auteurs, à partir de *Tissot*, *Trousseau*, *Hack*, jusqu'aux dernières études de *Baratoux*, *Brebion*, *Lublinsky*, *Rossbach*, etc., et il rapporte deux autres observations dont voici le résumé :

I. — Homme, vingt-trois ans, souffrait depuis cinq ans de spasmes glottiques, de dyspnée avec toux, voix gutturale et faible, céphalalgie, vertige, excitation générale et autres réflexes, c'est-à-dire larmoiement, éternements et névralgies. Polype dans la cavité droite du nez. L'extirpation de la tumeur fit cesser les symptômes.

II. — Homme, soixante-quatre ans, souffrait depuis un an de spasme glottique, dyspnée et surdité rhinite très intense, hypertrophie inflammatoire et gonflement des cornets : pharyngite hypertrophique.

Après avoir analysé les divers symptômes de ces deux observations, et donné une explication, l'auteur rappelle les théories formulées sur la pathogénie des névroses réflexes. Il les classe en deux grandes sections. Dans la première, il comprend ceux qui admettent l'existence d'une zone réflexe du nez, très limitée (*Hack*, *Baratoux*, *Brebion*, *Hering*) ; dans la seconde, ceux qui pensent qu'on doit étendre cette zone à toute la muqueuse nasale (*William*, *Lublinski*, *Rossbach*, *Kratschmer*, *Heymann*).

L'auteur analyse ensuite ces diverses théories. Il conclut en disant que la théorie qui admet une zone réflexe bien limitée, aussi bien que celle qui l'admet diffuse, sont très insuffisantes à expliquer tous les phénomènes réflexes consécutifs aux affections du nez. Il admet aussi avec *Rossbach*, *Lublinski*, etc., un état hystérique ou névrosténique qui,

pour l'influence de la rhinopathie, se manifeste sous forme de névrose réflexe.

Il dit enfin que dans l'état présent de la science, on ne peut pas dire le dernier mot sur ce chapitre de la pathologie, sans attendre que *senescat tempus* (Naples, 1886).

D^r CARDONE.

Traitement du coryza, par M. le Dr LEZ.

L'auteur considère le coryza comme une névrose vasomotrice réflexe, due très souvent, à l'action du froid sur les nerfs cutanés.

Le traitement a pour but : 1° de calmer l'irritabilité nerveuse ; 2° de décongestionner la muqueuse ; 3° d'arrêter l'écoulement. L'auteur, tout d'abord, prescrit 2 à 4 grammes de bromure de potassium ; il fait prendre toutes les heures jusqu'à sécheresse de la gorge 20 gouttes de teinture de belladone ; enfin il fait badigeonner les fosses nasales avec une solution de cocaïne à 4 0/0. (*Semaine Médicale* du 17 février 1886).

M. N.

Sur un cas de diphtérie primitive de la cavité rhinopharyngée, etc. (*Sopra un caso di difteria primaria del cavo nasofaringeo*), par M. le Dr A. TRIFILETTI.

S'appuyant sur une observation clinique et sur divers arguments, l'auteur est arrivé à ces conclusions :

1° Le développement simultané ou successif de la fièvre scarlatine et de la diphtérie, et aussi de plusieurs exanthèmes aigus, constitue simplement une complication ;

2° Dans certains cas de diphtérie primitive, le diagnostic est très difficile surtout pendant des épidémies de fièvre scarlatine, etc. ;

3° La diphtérie nasale est grave, mais de moindre gravité que celle qu'on a admise jusqu'ici, surtout si elle se développe avec sécrétion muqueuse, etc. ;

4° Le traitement local de la diphtérie est justifié par la science et la clinique, et le traitement général est exigé par la nature pathogénique de la maladie ;

5° Dans le traitement de la diphtérie, il ne faut pas parler

de remèdes spécifiques ou caustiques, mais de méthodes de traitements fondées en général sur l'antisepsie locale. La glace, qui au début modère l'inflammation, et la vapeur d'eau qui facilite le détachement des fausses membranes, sont des moyens très avantageux dans le traitement de la diphtérie.

D^r CARDONE.

Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par le D^r ALBERT CLAVERIE.

Après un historique auquel est consacré le premier paragraphe de sa thèse, l'auteur entreprend l'étude anatomo-pathologique des tumeurs malignes qui se peuvent rencontrer dans les fosses nasales. Les plus communes sont : le sarcome rarement pur ; viennent ensuite l'épithélioma et le cancer. Il s'attache à décrire les caractères macroscopiques et microscopiques de chacune de ces tumeurs, en signalant les différentes espèces reconnues par la classification. Dans un troisième paragraphe, il s'occupe de l'étiologie et de la fréquence de ces tumeurs. Le carcinome est très rare ; ses causes tout aussi obscures que celles du cancer ou du sarcome des autres organes.

A côté de l'état constitutionnel, on pourrait peut-être invoquer le traumatisme, l'extirpation, assez souvent répétée, de tumeurs bénignes ; les affections chroniques qui irritent et modifient les tissus ; les ulcérations syphilitiques.

Le sarcome myéloïde se rencontrerait de quinze à vingt-cinq ans ; le sarcome fasciculé de vingt à quarante ; le sarcome embryonnaire de quarante à quarante-cinq ans. L'âge mûr et la vieillesse semblent, à l'auteur, offrir un terrain plus propice au développement du carcinome et de l'épithélioma.

Les symptômes, au début, sont les mêmes que pour toutes les tumeurs des fosses nasales. Plus tard, on peut voir survenir du larmoiement, de la surdité, des troubles de la déglutition ; des épistaxis graves, de violentes douleurs dans la région sous-orbitaire. Il peut y avoir déformation et destruction même du squelette nasal. Le volume est excessivement variable.

— Les sarcomes sont généralement uniques et sessiles, mais lisses, de couleur rosée, très vasculaires. — Le sarcome malin se développe avec une rapidité extrême ; les ganglions restent indemnes et la santé parfaite. Il récidive facilement après l'ablation, ainsi du reste que toutes les tumeurs malignes du nez.

Le diagnostic peut, au début, présenter quelques difficultés en se rappelant cependant que les polypes muqueux ont leur insertion pédiculée sur la paroi externe des fosses nasales ; tandis qu'au contraire, les tumeurs malignes s'insèrent sur la cloison, il sera facile, même au début, de ne pas confondre ces deux affections. Plus tard, l'absence de vascularisation à la surface, la teinte grisâtre, le facile déplacement, devait faire songer, d'après M. le Dentu, à des polypes simples. M. Claverie, se basant sur des observations faites à la clinique de M. Moure, ne croit pas, contrairement à l'opinion de l'auteur précédent, que les polypes simples ne puissent s'observer chez des sujets âgés de plus de dix-sept à dix-huit ans au maximum. Les cancers débutant comme de petites verrues, sont ordinairement uniques et ont de la tendance à s'ulcérer. Les carcinomes s'ulcèrent rapidement ; les sarcomes, au contraire, conservent longtemps intacte leur écorce fibreuse. L'épithélioma a une marche très rapide et s'ulcère facilement ; il détermine des douleurs précoces. Le diagnostic différentiel peut être parfois difficile. M. Claverie rapporte un cas qui semble le prouver surabondamment. Il signale les éléments du diagnostic différentiel qui permettent d'éviter la confusion avec les enchondromes, les abcès ou les gommages de la cloison, les corps étrangers, les rhinolites, les ostéomes, les kystes osseux, les papillomes, les adénomes, les polypes lupoxy.

Les tumeurs malignes récidivent facilement ; il est en outre, dans les fosses nasales, difficile d'enlever le mal au delà de ses limites ; aussi, le pronostic est-il par cela même assombri. Il ne faudrait cependant pas le croire absolument fatal, car il existe des cas assez nombreux de guérison, surtout lorsque l'intervention a été hâtive et au besoin suffisamment répétée.

Extirpation radicale, quand la chose est possible, telle doit être la ligne de conduite à tenir à l'égard des tumeurs malignes des fosses nasales. L'auteur proscrit les cautérisations; il leur préfère le bistouri ou le couteau. Schmiegelow conseille la cuillère tranchante, l'anse froide, les cautères à la galvano-caustique. Si l'opération est possible, on agira par la voie nasale naturelle; dans le cas contraire, on ne devra pas hésiter à se donner du jour. Les méthodes composées, indiquées par l'auteur, consistent à attaquer le néoplasme par la bouche, le nez ou la face.

L'auteur termine sa thèse en rapportant onze observations dont deux provenant de la clinique de M. Moure (*Thèse de Bordeaux, 1886.*)

M. NATIER.

Nouveau cas de myasis (*μυια, mouche*), par le Dr Antonio CARÉAGA.

C'est un cas d'angine causée par la présence de larves dans les fosses nasales et les parties avoisinantes; les lésions allèrent jusqu'à la destruction de la luette et du voile du palais, à l'exception des piliers. La question de la classification zoologique de cette larve n'a pas été résolue d'une façon certaine, faute d'un examen minutieux par une personne compétente; mais cette larve paraît être de même espèce que celle décrite par le Dr Lauro Maria Jimenez et dont il a appelé la mouche qui lui a paru différente de la *Lucilia Hominivora* de Coquerel *Lucilia Versicolor* (mais, en France, paraît-il, c'est la première désignation qui aurait été regardée comme la vraie). -- Le Dr Caréaga n'a pas trouvé d'autres observations du même genre que celle des docteurs Saint-Pier (1855 et 56) et Chapuis à l'hôpital de Cayenne), celle recueillie à Monterey par le professeur D. Eleuterio Gonzalez, publiée dans la *Gaceta Médica de Méjico*, et celle observée à l'hôpital San-Andres et publiée par le Dr Louro Jimenez (même journal); en outre, d'après M. Herrera, un médecin français, lors de l'expédition française, aurait observé la même maladie à Orizaba, sur un soldat de l'armée (aussi avec destruction des tissus d'après la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de Médecine de Mexic ... ans cette même Académie

M. Cordero a dit savoir que, sur la côte de Vera-Cruz et autres points de la terre chaude, les cas de myasis sont fréquents et qu'ils se rencontrent souvent surtout chez les moutons (*Gaceta Médica de Méjico*, 1^{er} mars 1886).

Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales
Diagnostic. Extirpation par l'arrachement simple, sans opération préliminaire, clinique de M. le Professeur RICHET. Communication à la Société clinique par M. VILLAR, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, sans antécédents morbides ou autres, qui, deux ans auparavant, sans causes appréciables, fut pris d'épistaxis ayant souvent reparu depuis. Il y a dix mois, la respiration devint difficile par la narine gauche, en même temps que se manifestait une sensation de corps étranger; plus tard, la narine droite fut aussi obstruée et le malade, par suite de la gêne qu'il éprouvait, se décida à venir à l'hôpital.

Après un examen attentif, le professeur Richet diagnostiqua un polype phlegmoneux de l'arrière-narine. La tumeur ayant été successivement attaquée par l'orifice postérieur et par l'orifice antérieur des fosses nasales, sans que l'extraction en pût être faite, M. Richet la retira en deux temps, en enlevant d'abord le prolongement nasal et en retirant ensuite la partie postérieure par la voie buccale.

Le polype, long de 12 centimètres, comprenait une partie antérieure allongée et une partie postérieure en forme de cœur de volaille. Le pédicule se trouvait à l'union de la portion allongée et de la portion renflée. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-myxome.

Comme suites opératoires, il faut signaler deux hémorragies légères et une troisième plus grave.

Cette observation inspire à M. Villar les réflexions suivantes; il est intéressant de noter: 1° L'insertion de la tumeur au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales; 2° sa consistance élastique; 3° l'absence de déformation du squelette. De plus, il existe ici des hémorragies contrairement à ce qui se passe dans les cas analogues. La forme du polype

doit aussi être signalée; à signaler aussi l'extirpation par arrachement simple, sans la moindre opération préliminaire (*France médicale* du 18 mars 1886, n° 32). M. N.

Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par M. le Dr LÖWENBERG.

L'auteur rappelle les différents travaux publiés par lui, sur ce sujet. Les divers instruments employés jusqu'en 1878, pour l'opération des tumeurs de cette nature (couteau annulaire de Meyer, anse métallique, instruments de Danjol, de Delstanche, etc.), lui paraissent, pour diverses raisons, insuffisants et quelquefois nuisibles. La pince coupante de l'auteur ne le satisfaisait pas complètement, car, en essayant de détacher les végétations par la pression des deux coins formés par les mors, il arrive quelquefois qu'on ne réussisse pas à rapprocher ceux-ci suffisamment pour pouvoir couper, quelque force qu'on emploie. On est alors forcé d'opérer, non pas en coupant, mais en arrachant. L'auteur a été amené à un type de *couteau à tranchant intérieur et à appareil protecteur*. Cet instrument au lieu d'opérer par arrachement ou râclage pratique des sections nettes, le couteau consistant en une lame parfaitement tranchante; de plus, il rend impossible toute blessure accidentelle des organes qui forment la cavité buccale et l'isthme du gosier comme également des parois du pharynx et des pavillons des trompes d'Eustache. (*Le Progrès Médical*, 22 mai 1886). Dr J. CH.

Rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras, par le Dr LE BEC.

La malade, âgée de cinquante-deux ans, avait un éléphantiasis du nez. M. Le Bec se décide à l'enlever en respectant le squelette cartilagineux du nez et pratique la rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras.

Après la cicatrisation, la malade présente l'état suivant : la sous-cloison est exactement reconstituée.

L'aile droite du nez a ses dimensions normales : l'aile gau-

che a manqué en grande partie et a pris une forme excavée ; le lobe du nez est refait, mais il est moins saillant qu'à l'état normal.

En résumé, le lambeau ne s'est pas parfaitement greffé. Au bout de deux jours il s'était refroidi et sa partie superficielle s'était desséchée. Quant à la partie profonde, elle a rapidement contracté de telles adhérences que la partie desséchée ne s'est détachée que le trente-cinquième jour.

C'est un demi succès, mais grâce à la précaution que j'avais prise de conserver le cartilage intact la déformation n'est pas très choquante. (*Gaz. des Hôp.*, 7 septembre 1886).

D^r J. CH.

De la rhinoplastie sur appareil prothétique,
par le D^r PONCET, de Lyon.

L'idée d'appliquer un appareil prothétique nasal, une charpente artificielle destinée à soutenir le lambeau nasal, appartient à M. Martin ; à M. Leluvait revient l'honneur de la mise à exécution pour la première fois. M. Poncet a pratiqué, à son tour, avec succès, la rhinoplastie sur appareil prothétique, chez une jeune fille à qui la syphilis avait enlevé une bonne partie de la charpente nasale. Un appareil prothétique appliqué par M. Martin fut placé tout d'abord, et la rhinoplastie fut faite sur cet appareil. La malade possède à l'heure qu'il est un nez fort présentable, elle peut se moucher, n'éprouve ni gêne ni douleur, et l'appareil en platine est fort bien toléré ; il n'a jamais provoqué d'accident inflammatoire. De cette observation, M. Poncet conclut que dans les destructions étendues du dôme nasal, alors que l'ossature de soutien a disparu, on peut la remplacer par un appareil prothétique immédiatement appliqué et destiné à rester en place. Le platine doit être préféré à tout autre métal, argent, aluminium, etc.

L'adjonction de cette pièce artificielle rend possibles des restaurations contre lesquelles la chirurgie réparatrice avait été jusqu'à ce jour impuissante. (*Le Progrès Méd.* 23 oct. 1886.)

D^r J. Ch.

Ostéotomie du nez, par le Dr VIENNOIS.

M. Viennois, de Lyon, donne une description détaillée du procédé opératoire auquel M. Ollier a recours dans l'opération qui a pour but l'ablation, soit des polypes naso-pharyngiens, soit de toute autre tumeur des fosses nasales.

Le procédé, qui a en vue d'obtenir une voie large, consiste à détacher le nez de sa racine et de ses bords par deux incisions, en suivant le sillon naso-génial, et à le rabattre sur le menton. On peut ensuite, si cela est nécessaire, réséquer encore la cloison. Lorsque la tumeur est enlevée, il est facile, en cas d'hémorragie d'appliquer sur sa base d'implantation des éponges imbibées d'eau de Pagliari, et de les laisser en place pendant plusieurs heures, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout danger d'écoulement de sang soit passé. C'est alors seulement qu'on remet le nez en place et qu'on l'y maintient à l'aide de sutures, ce dont sa vitalité ne paraît pas souffrir.

On connaît le procédé préconisé par Chassaignac dans l'ablation des tumeurs du nez; M. Viennois insiste sur les différences qu'il présente avec celui de M. Ollier et les avantages de ce dernier sur le premier (*Congrès de Nancy, 15^e session, 1886*).

VARIA.

Traitement de la tuberculose par les injections gazeuses dans le rectum, par les Drs BERGEON, de Lyon et CORNIL.

Trop nombreux sont les cas de tuberculose que les spécialistes pour les maladies du larynx sont appelés à traiter pour que nous ne donnions pas les nouveaux modes de traitement qui peuvent le plus efficacement lutter contre cette affection. Aussi voulons-nous reproduire pour ceux qui ne les connaîtraient pas, les communications faites sur ce sujet à l'Académie des Sciences par M. le Dr Bergeon et plus tard par M. le professeur Cornil, à l'Académie de Médecine.

Le traitement par les injections des médicaments gazeux dans le rectum est basé, dit M. Bergeon :

« 1^o Sur ce principe de physiologie établi par Claude Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances

mêmes toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée; 2° sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

» Je me suis servi de cette méthode dans plusieurs maladies, et je viens aujourd'hui donner les résultats que j'ai obtenus dans la phthisie pulmonaire.

» Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques, parasitocides ou antiseptiques, j'ai fini par donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses.

» Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse est introduit dans le rectum deux fois par vingt-quatre heures. Quelques jours après l'emploi de ce procédé, j'ai constaté: 1° une diminution allant jusqu'à la suppression totale de la toux; 2° une modification profonde comme qualité et comme quantité de l'expectoration; 3° une suppression des sueurs; 4° un relèvement de l'état général et cela, non seulement dans la phthisie au début, mais dans la phthisie confirmée.

» Mon observation quotidienne et l'auscultation m'ont permis de constater la disparition progressive des râles humides. Les résultats m'ont paru suffisamment encourageants pour demander à ce qu'ils soient contrôlés. Dans une prochaine communication, je relaterai les résultats que j'ai obtenus dans d'autres maladies. »

M. le prof. Cornil a vérifié les expériences de M. Bergeon. Voici la communication faite par lui à ce sujet à l'Académie de Médecine :

« Lorsque l'on mêle à l'acide carbonique, gaz admirablement toléré par le rectum et le poumon, un gaz médicamenteux, ce gaz est éliminé par les alvéoles pulmonaires sur lesquelles il agit directement. M. Bergeon (de Lyon) a utilisé cette propriété pour faire traverser les bronches de ses malades par du gaz acide sulfhydrique.

» Les résultats obtenus par cette méthode sont des plus satis-

faisants : l'observation des malades montre que le rythme respiratoire est modifié favorablement, l'hématose est plus complète, plus facile ; il se produit une sensation de bien-être qui s'accompagne d'une augmentation de force en même temps que disparaissent les accidents, tels que fièvre, sueur, etc.

» Voici d'ailleurs à ce sujet des observations recueillies par M. Chantemesse, à l'hôpital Saint-Antoine, où il a essayé la méthode sur des asthmatiques et des phtisiques :

» Deux malades entrés à l'hôpital pour attaques d'asthme très violentes ont eu, une demi-heure après l'injection intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respiration est devenue libre ; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication.

» Neuf malades du même service présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation de poids du corps a été rapide, une livre et parfois un kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

» Les crachats contiennent toujours des bacilles de tuberculose. Ces malades sont en traitement depuis un mois et demi. L'un d'eux a augmenté de neuf livres en un mois et demi.

» Il faut être très circonspect dans la recherche des gaz employés, car si l'hydrogène est bien toléré la térébenthine, le chlore, l'ammoniaque, le brome, l'iode déterminent une inflammation de la muqueuse intestinale. Il est même nécessaire que la dose d'acide sulfhydrique ne soit pas trop considérable.

» Les premiers essais sont insuffisants pour conclure encore de la valeur absolue de la méthode, mais ils sont suffisants pour encourager les recherches sur des animaux rendus phtisiques.

» Nous avons institué avec M. Bergeon une série d'expé-

riences à ce sujet, et nous en ferons connaître ultérieurement les résultats. »

M. le Dr Garel (de Lyon) dans son service à l'hôpital a, lui aussi, expérimenté cette méthode: « C'est, dit-il (lettre particulière du 23 octobre 1886), un traitement d'une valeur que je crois incontestable, d'après les résultats que j'ai déjà obtenus dans mon service. » En présence de tous ces témoignages il est, je crois, du devoir de tout praticien d'expérimenter cette méthode (*Semaine méd.*, des 14 juillet et 20 octobre 1886).

Dr J. CHARAZAC.

Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou, par le Dr PAUL FABRE (de Commeny).

Les tumeurs gazeuses du cou et de la partie antérieure du thorax, sans fractures de côtes, sont assez rares, pour que l'auteur croie intéressant de relater deux faits qui se sont présentés à son observation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une fillette de trois mois chez laquelle, dans le cours d'une bronchite simple, s'était développée une grosseur à la région sous-claviculaire et sus-claviculaire du côté droit. Cette grosseur crépitante au toucher, n'était autre chose que de l'emphysème sous-cutané. Il disparut au bout de dix jours pour ne plus revenir. M. Fabre, croit qu'il y a eu, dans ce cas, rupture de la membrane thyro-hyôïdienne.

La seconde observation qu'il rapporte, fort intéressante, a trait à une absence congénitale de la première pièce du sternum chez un enfant âgé de quelques mois. Au-devant du cou et à la partie supérieure et médiane du thorax, existe un diverticulum aérien qui est distendu par l'air à chaque mouvement d'expiration et qui s'affaisse dans l'inspiration. — L'auteur rappelle les cas assez nombreux où on a constaté des difformités congénitales du sternum; mais il insiste sur ce fait, que l'absence totale de la première pièce du sternum et de cette pièce seulement, n'a jamais été signalée. De plus, dans le cas particulier, le cœur bat bien à sa place et dans le vide qui se trouve à la partie supérieure du thorax, on ne

sont la présence d'aucun des gros vaisseaux. Il faut encore signaler, sur la ligne médiane du thorax, la présence d'un raphé cutané, s'étendant de l'extrémité supérieure de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic (*Gazette médic. de Paris*, n° du 7 août 1886).

M. N.

NOUVELLES

Nous avons la satisfaction d'annoncer que par arrêté ministériel du 6 décembre 1886, il a été créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, un cours théorique et pratique d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Notre sympathique collègue, M. le Dr Eeman, a été, par arrêté ministériel du 9 décembre, chargé de professer ce cours.

C'est là un bel exemple que les autres pays suivront certainement, car l'étude des maladies de ces organes s'impose peu à peu et nous ne doutons pas que la nécessité de cet enseignement devienne bientôt aussi impérieux que celui de l'Ophtalmologie.

Le 9^e Congrès International des sciences médicales s'ouvrira à Washington, capitale des États-Unis d'Amérique, le lundi 13 septembre 1887, à midi.

Les Membres du Bureau désignés à l'avance sont :

Pour l'otologie : Président, M. S.-J. Jones, de Chicago; vice-président, J. Schnitzler, de Vienne; secrétaire, S.-O. Richy, de Washington.

Pour la laryngologie : Président, William H. Daly, de Pittsburg; vice-présidents, Coomes, de Kentucky; Harlmann, de Maryland; Roë, de New-York; Shurley, Michigan; Woolen, Indiana; secrétaires, W. Posterr, de Saint-Louis; H. Krause, de Berlin.

NOUVEAU JOURNAL

Depuis que les *Archives of Laryngology* avaient cessé de paraître, il n'existait pour l'Angleterre, l'Amérique et les autres pays dans lesquels la langue anglaise est employée, aucun organe spécialement consacré à l'étude de la laryngologie. Cette lacune va être comblée par la publication du *Journal of laryngology and rhinology*, dont le premier numéro est annoncé pour le mois de janvier 1887. Les noms bien connus des directeurs, MM. les Drs Morell-Mackenzie et Norris Nordenfeld sont à eux seuls un sûr garant du succès; ils ont d'ailleurs su s'adjoindre, dans les différents pays, des collaborateurs distingués, dont le concours actif donnera certainement au nouvel organe un rang honorable parmi les journaux analogues. C'est donc avec plaisir que nous souhaitons à la nouvelle feuille la bienvenue et une existence aussi longue que prospère.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (suite) (1)

Par le Dr MOURA

QUATRIÈME LIVRE

La trachée représente, selon nous, la partie du Basson composée :

1^o De la grande et de la petite pièce fermées par le bout inférieur et formant flûte de Pan ou sifflet;

2^o Du Bocal ou anneau cricoidien sur lequel sont fixées les deux anches ou lèvres vocales, avec cette différence que, dans l'instrument de la voix, le cricoïde est mobile de bas en haut et les deux anches libres seulement à leur bord supérieur ou glottique.

CHAPITRE I. — TRACHÉE; DIAMÈTRES AU NIVEAU DES 4^e ET 5^e ANNEAUX.

§ I. — *Diamètre ou calibre antéro-postérieur, chez la femme, 44 larynx.*

Fréquence..... 8 fois 16^{mm}, 7 fois 13^{mm}, 6 fois 15^{mm},
5 fois 12 et 14^{mm}, 4 fois 11^{mm}, 3 fois
17^{mm}, 2 fois 10 et 19^{mm}, 1 fois 7 et
8^{mm}.

Extrêmes..... 7 et 19^{mm}.

Variétés..... 12^{mm}.

Moyennes : statistique 13^{mm} 5, extrême 13^{mm}, vraie 14^{mm}.

2^o Diamètre transverse :

Fréquence..... 8 fois 13^{mm}, 7 fois 16^{mm}, 6 fois 14^{mm},
5 fois 12 et 15^{mm}, 4 fois 11^{mm}, 3 fois
10^{mm}, 2 fois 9^{mm}, 1 fois 7, 8, 18 et
21^{mm}.

Extrêmes..... 7 et 21^{mm}.

Variétés..... 14^{mm}.

Moyennes : statistique 13^{mm}, extrême et vraie 14^{mm}.

(1) Voir *Revue*, n^o 11, novembre 1886.

3^e Égalité des deux diamètres, 22 larynx sur 44 :

Fréquence..... 6 fois 16^{mm}, 4 fois 13 et 14^{mm}, 2 fois 11,
15 et 17^{mm}, 1 fois 10 et 12^{mm}.

Extrêmes..... 10 et 17^{mm}.

Variétés..... 7^{mm}.

Moyennes : statistique 14^{mm}, extrême 13^{mm}5, vraie 14^{mm}5.

§ II. — *Chez l'homme, 108 larynx.*

1^o Diamètre antéro-postérieur :

Fréquence..... 20 fois 17^{mm}, 17 fois 18^{mm}, 20 fois 20^{mm},
13 fois 15^{mm}, 9 fois 19^{mm}, 8 fois 21^{mm}.

Extrêmes..... 10 et 23^{mm}.

Variétés..... 13^{mm}.

Moyennes : statistique 17^{mm}, extrême 16^{mm}5, vraie 18^{mm}.

2^o Diamètre transverse :

Fréquence..... 24 fois 18^{mm}, 16 fois 17^{mm}, 10 fois 20^{mm},
8 fois 15 et 14^{mm}, 7 fois 21^{mm}, 6 fois
11 et 16^{mm}, 5 fois 19^{mm}, etc.

Extrêmes..... 10 et 26^{mm}.

Variétés..... 16^{mm}.

Moyennes : statistique 17^{mm}, extrême 17^{mm}5, vraie 18^{mm}.

3^o Égalité des deux diamètres, 38 larynx sur 108 :

Fréquence..... 9 fois 17^{mm}, 8 fois 18^{mm}, 4 fois 20^{mm},
3 fois 15^{mm}.

Extrêmes..... 10 et 22^{mm}.

Variétés..... 12^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}; extrême, 16^{mm}; vraie 17^{mm}5.

§ III. — *Comparaison des diamètres de la trachée dans les deux sexes.*

Chez la femme, les deux diamètres, antéro-postérieur et transverse, ont 14^{mm} sur la moitié des sujets et 13^{mm}5 sur l'autre moitié; ils diffèrent donc entre eux d'un demi-millimètre, en moyenne.

Chez l'homme, la différence entre les deux diamètres est également d'un demi-millimètre, en moyenne.

Quant à leurs dimensions, elles présentent, entre les deux sexes, une différence de 4^{mm}; le calibre trachéal serait donc,

chez l'homme, plus grand que celui de la femme, d'environ un quart, tandis que le calibre cricoïdien masculin n'est plus grand que d'un cinquième.

Leurs variétés de dimensions sont assez nombreuses chez la femme.

Il y en a 12 pour le diamètre antéro-postérieur, 14 pour le diamètre transverse, 7 seulement pour les deux diamètres lorsqu'ils sont égaux. Ces variations sont comprises entre 7 et 21^{mm}.

Chez l'homme, je n'ai constaté la régularité du conduit trachéal que sur le tiers environ des individus, c'est-à-dire, 38 fois sur 108; les diamètres variaient de 10 à 22^{mm}; c'est-à-dire 12 fois.

D'une manière générale, le diamètre antéro-postérieur avait un développement moyen supérieur à celui du diamètre transverse. C'était le contraire pour leurs dimensions extrêmes. Ainsi le diamètre transverse présentait 16 variétés comprises en 10 et 26^{mm}, tandis que le diamètre antéro-postérieur n'en avait que 13 comprises entre 10 et 23^{mm}.

En résumé, si la trachée de l'homme possède en plus 3 à 4^{mm} dans chacun de ses diamètres, son calibre présente moins de régularité que chez la femme.

CHAPITRE II. — CALIBRE TRACHÉAL ET LÈVRE VOCALE.

L'influence que le conduit de la trachée exerce, à notre avis, sur les qualités de la voix de poitrine, m'a inspiré l'idée de rechercher les preuves de cette influence plus ou moins directe, dans les rapports millimétriques de la partie vibrante de la lèvres vocale ou de l'anche membraneuse, à l'état de repos et à l'état de tension, avec le calibre de la trachée.

Pour arriver à cette connaissance, j'ai considéré la trachée comme un tube régulier et je lui ai donné pour diamètre ou calibre la moyenne dimension des deux diamètres antéro-postérieur et transverse réunis. Le sexe féminin comprendra seulement 44 sujets, et le sexe masculin 108, comme nous l'avons déjà vu.

§ I. — *Chez la femme. — 44 larynx.*

1° Calibre trachéal :

Fréquence..... 10 fois 14^{mm}, 8 fois 13^{mm}, 7 fois 16^{mm},
5 fois 12^{mm}, 3 fois 10, 11 et 15^{mm},
2 fois 17^{mm}, 1 fois 7, 8 et 21^{mm}.

Extrêmes..... 7 et 21^{mm}.

Variétés..... 14^{mm}.

Moyenne : statistique, 13^{mm}5, extrême et vraie 14^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos et calibre trachéal :

Dimensions semblables :

6 fois 13^{mm}, 4 fois 12^{mm}, 3 fois 10 et 11^{mm}, 1 fois 8^{mm}.

En tout :

21 fois sur 44 sujets ou environ la moitié ou 1/2 .

Dimensions égales ou identiques.

1 fois 11 et 14^{mm}, ou 1/22^e seulement.

Lèvre vocale plus grande..... 37 fois sur 44.

— — petite..... 5 fois sur 44.

3° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

8 fois 13^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 5 fois 12^{mm}, 3 fois 11 et 15^{mm}, 2 fois
16 et 17^{mm}, 1 fois 10^{mm}.

En tout :

37 fois sur 44 ou 9/11^{es}.

Dimensions égales ou identiques :

8 fois sur 44 ou 2/11^{es}.

Lèvre vocale tendue plus grande..... 23 fois ou 1/2.

— — petite 13 — 1/7^e envir.

§ II. — *Chez l'homme. — 108 larynx.*

1° Calibre trachéal ou diamètre unique :

Fréquence..... 19 fois 17^{mm}, 18 fois 18^{mm}, 16 fois 15^{mm},
14 fois 16 et 19^{mm}, 9 fois 20^{mm}, 6 fois
14^{mm}, 4 fois 21 et 22^{mm}, 1 fois 10, 11,
13 et 23^{mm}.

Extrêmes..... 10 et 23^{mm}.

Variétés..... 13^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}3; extrême, 16^{mm}5; vraie, 17^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

16 fois 15^{mm}, 14 fois 16^{mm}, 12 fois 17^{mm}, 8 fois 19 et 20^{mm},
7 fois 18^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 1 fois 10, 11, 13 et 21^{mm}.

En tout :

74 fois sur 108 ou environ 2/3.

Dimensions égales ou identiques :

13 fois sur 108 ou 1/9°.

Lèvre vocale plus grande..... 27 fois sur 108 ou 1/4

— — petite..... 68 — ou 2/3 envir.

3° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.

Dimensions semblables :

18 fois 18^{mm}, 14 fois 19^{mm}, 11 fois 17^{mm}, 9 fois 20^{mm}, 4 fois
21 et 22^{mm}, 3 fois 16^{mm}, 1 fois 13, 14, 15 et 23^{mm}.

En tout, 67 fois sur 108 ou environ 2/3.

Dimensions égales ou identiques :

15 fois sur 108 ou environ 1/7°.

Lèvre vocale plus grande..... 71 fois ou 2/3.

— — petite..... 22 — 1/5°.

§ III. — *Comparaison du calibre trachéal et de la lèvre vocale dans les deux sexes.*

Le calibre trachéal mesure chez la femme 13 à 14^{mm} et chez l'homme 17 à 18^{mm}. Anatomiquement et physiologiquement, à l'état normal, la différence entre les deux calibres est de 3^{mm}5 à 4^{mm} et leur rapport se trouve représenté par 7/9°. Comparé à la proportionnalité 2/3 qui est celle des lèvres vocales entre les deux sexes, le rapport des diamètres ou calibre des deux trachées est plus élevé de 1/9°. Le calibre de la trachée de la femme serait ainsi plus petit que celui de la trachée de l'homme de 2/9° au lieu de 1/3. Les 4^{mm} de différence entre les diamètres de la trachée d'un sexe à l'autre se traduisent, au point de vue du calibre, autrement dit de la surface de cercle conduit, en 11^{mm} carrés de plus chez l'homme (56^{mm} — 45^{mm} = 11^{mm} carrés).

La similitude entre la lèvre vocale et le calibre trachéal est représenté par 1 sur 2 pour l'état de repos, par 9 sur 11

pour l'état de tension dans le larynx féminin. Elle est de $2/3$ et de $7/12^{\text{es}}$ pour le larynx masculin. Il résulte de cette inversion des rapports que le plus important entre le calibre trachéal et la lèvre vocale est celui de l'état de tension de celle-ci, chez le sexe faible, et celui de l'état de repos, chez le sexe opposé. Ce rapport présente une différence de $1/11^{\text{e}}$ en faveur de l'organe vocal masculin ; il aura donc toute sa signification au moment de la phonation pour la femme, au moment de la respiration pour l'homme.

Envisagés au point de vue des différences que présentent entre eux le calibre trachéal et la lèvre vocale, j'ai constaté chez la femme, deux dimensions sur 44 ou $1/22^{\text{e}}$ pour l'état de repos, et 8, pour l'état de tension ou $2/11^{\text{es}}$. Cette identité s'est rencontrée chez l'homme 13 fois ou $1/9^{\text{e}}$ pour l'état de repos, 15 fois ou $1/7^{\text{e}}$ pour l'état de tension.

On voit par là combien il y a loin des proportions de l'identité à celles de la similitude. Il faudra donc, dans l'application, se garder de prendre les unes pour les autres.

A l'état de repos, la lèvre vocale a été plus petite que le calibre de la trachée 37 fois et plus grande 5 fois, chez la femme. Je l'ai trouvée plus petite 68 fois et plus grande 27 fois chez l'homme, ou $2/3$ et $1/4$.

A l'état de tension, la lèvre vocale était 13 fois ou $1/7^{\text{e}}$ plus petite et 23 fois ou $1/2$ plus grande, dans le larynx féminin, 22 fois plus petite et 71 fois plus grande sur le larynx masculin, ou $1/5^{\text{e}}$ et $2/3$. •

Ces recherches démontrent que l'état de tension de la lèvre vocale est celui qui offre le rapport le plus élevé avec le calibre de la trachée dans le sexe faible, tandis que pour le sexe opposé, c'est l'état de repos.

La disproportion que présentent, sur le même individu, les dimensions de la lèvre vocale et le calibre trachéal est, dans certains cas, tout à fait inattendu. Ainsi, une lèvre vocale féminine de 9^{mm} au repos, correspondait à des diamètres de 16, 15, 14 et même de 8^{mm} , et une lèvre vocale de 14^{mm} à des diamètres de 20, 16, 14^{mm} . Une lèvre vocale masculine de 17^{mm} à l'état de repos, répondait par exemple, à un calibre trachéal de 12^{mm} , etc.

La disproportion que je signale est moins considérable chez l'homme. Toutefois, les écarts entre les deux dimensions, sur un même larynx, peuvent s'élever et s'abaisser de 1 à 6 et 7^{mm}. Une lèvre vocale de 20 à 21^{mm}, au repos, répond parfois à des diamètres de 14, 15, 16, 22 et même 23^{mm}, tandis qu'une autre de 13 ou de 14^{mm} aura pour correspondant des diamètres de 21, 20, 19 ou 14^{mm}.

En résumé, dans le sexe féminin, la lèvre vocale au repos est égale au calibre trachéal 1 fois sur 22, de dimension semblable 1 fois sur deux, plus petite 9 fois sur 11, et plus grande 1 fois sur 9; à l'état de tension, elle s'est trouvée identique 8 fois sur 44 (2/11); semblable 9 fois sur 11, plus petite 3 fois sur 11 et plus grande 1 fois sur 2.

Dans le sexe masculin, elle est, à l'état de repos, 1 fois sur 9 égale ou identique au calibre, semblable 2 fois sur 3, plus petite 2 fois sur 3 également et plus grande 1 fois sur 4; à l'état de tension, elle est identique 1 fois sur 7, semblable 2 fois sur 3, plus petite 1 fois sur 5 et plus grande 2 fois sur 3.

Les deux chapitres suivants ont été communiqués à l'Académie de médecine, le 14 août 1883 et à l'Académie des sciences le 20 août 1883.

CHAPITRE III. — ANCHE VOCALE OU CRICO-GLOTTIQUE.

L'anche vocale humaine est cette partie de l'organe de la voix comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre des lèvres de la glotte.

§ I. — *Conditions millimétriques de l'anche vocale, chez la femme, 11 larynx seulement (1).*

1° Hauteur de l'anche vocale :

Fréquence..... 4 fois 12^{mm}, 3 fois 10^{mm}, 2 fois 13^{mm},
1 fois 14 et 16^{mm}.

(1) L'idée de soumettre à la mensuration millimétrique l'anche crico-glottique humaine m'est venue un peu plus tard et je n'ai pu l'appliquer que sur un nombre très restreint de larynx.

Extrêmes..... 10 et 16^{mm}.

Variétés..... 6^{mm}.

Moyennes : statistique, 13^{mm}; extrême et vraie, 13^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos :

Fréquence..... 4 fois 11^{mm}, 4 fois 10^{mm}, 1 fois 9, 12
et 14^{mm}.

Extrêmes..... 9 et 14^{mm}.

Variétés..... 5^{mm}.

Moyennes : statistique, 11^{mm}; extrême, 11^{mm}5; vraie 11^{mm}.

3° Lèvre vocale tendue :

Fréquence..... 6 fois 14^{mm}, 2 fois 13^{mm}, 1 fois 11, 15,
17^{mm}.

Extrêmes..... 11 et 17^{mm}.

Variétés..... 6^{mm}.

Moyenne : statistique, extrême et vraie, 14^{mm}.

4° Calibre du cricoïde :

Fréquence..... 3 fois 13^{mm}, 2 fois 10 et 12^{mm}, 1 fois 9,
11, 14 et 18^{mm}.

Extrêmes..... 9 et 18^{mm}.

Variétés..... 9^{mm}.

Moyenne : statistique, 13^{mm}, extrême, 13^{mm}5, vraie, 14^{mm}.

5° Hauteur du thyroïde :

Fréquence..... 4 fois 13^{mm}, 3 fois 14 et 15^{mm}, 1 fois
11^{mm},

Extrêmes..... 11 et 15^{mm}.

Variétés..... 4^{mm}.

Moyenne : statistique, 13^{mm}5; extrême, 13^{mm}; vraie, 14^{mm}.

§ II. — Chez l'homme, 33 larynx.

1° Hauteur de l'anche :

Fréquence..... 7 fois 15 et 17^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 4 fois
13, 16 et 18^{mm}, 1 fois 19^{mm}.

Extrêmes..... 13 et 19^{mm}.

Variétés..... 6^{mm}.

Moyenne : statistique. 15^{mm}5, extrême et vraie 16^{mm}.

2° Lèvre vocale au repos :

Fréquence..... 12 fois 15^{mm}, 7 fois 16^{mm}, 4 fois 14^{mm},
3 fois 17^{mm}, 2 fois 12 et 20^{mm}, 1 fois
11, 13 et 18^{mm}.

Extrêmes..... 11 et 20^{mm}.

Variétés..... 9^{mm}.

Moyenne : statistique, 14^{mm}5, extrême, 15^{mm}5, vraie, 16^{mm}.

3^e Lèvre vocale tendue :

Fréquence..... 8 fois 18, 19 et 20^{mm}, 4 fois 17^{mm},
2 fois 14 et 24^{mm}, 1 fois 16^{mm}.

Extrêmes..... 14 et 24^{mm}.

Variétés..... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, 18^{mm}5; extrême, 19^{mm}, vraie, 19^{mm}.

4^e Calibre du cricoïde. — 33 larynx.

Fréquence..... 9 fois 16 et 17^{mm}, 5 fois 15 et 18^{mm},
2 fois 14 et 20^{mm}, 1 fois 19^{mm}.

Extrêmes..... 14 et 20^{mm}.

Variétés..... 6^{mm}.

Moyennes : statistique, 16^{mm}5; extrême, 17^{mm}; vraie, 18^{mm}.

5^e Hauteur du thyroïde :

Fréquence..... 9 fois 17^{mm}, 6 fois 15^{mm}, 5 fois 18 et 19^{mm},
4 fois 16^{mm}, 2 fois 20^{mm}, 1 fois 11 et
21^{mm}.

Extrêmes..... 11 et 21^{mm}.

Variétés..... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, 17^{mm}5; extrême, 16^{mm}; vraie 17^{mm}.

§ III. — *Comparaison de l'anche vocale dans les deux sexes
et avec les dimensions de quelques parties du larynx.*

La hauteur de l'anche vocale diffère de 3^{mm} dans les deux sexes; elle mesure chez la femme 13^{mm} en moyenne, et chez l'homme 16^{mm}, c'est-à-dire un quart en plus. Cette hauteur de l'anche est mesurée du bord supéro-antérieur du cricoïde à la commissure antérieure des lèvres vocales.

Comparée à la lèvre vocale au repos, la hauteur de l'anche s'est trouvée plus grande, en moyenne, de 2^{mm} chez la femme, tandis que chez l'homme elle ne différait pas. Leurs dimensions étaient égales et identiques; 2 fois (10 et 12^{mm}) chez la

première, 5 fois chez le second (2 fois 14^{mm} et 1 fois 13, 15 et 17).

La hauteur de l'anche a été plus grande 7 fois dans le sexe féminin, plus petite 13 fois et plus grande 16 fois dans le sexe masculin.

Leurs dimensions ont été semblables 5 fois sur 11 chez le premier, 20 fois sur 33 chez le second.

Comparée à la lèvre vocale tendue, la hauteur de l'anche avait, chez la femme, 1^{mm} en moins et la même dimension (13 et 14^{mm}) sur deux larynx; elle a été 2 fois sur 11 plus grande, 7 fois plus petite et 2 fois semblable.

Chez l'homme, cette hauteur avait en moyenne 3^{mm} de moins que la lèvre vocale tendue, elle était de dimension semblable 12 fois sur 33, plus grande une seule fois, plus petite 20 fois.

Les différences entre les deux dimensions peuvent aller jusqu'à 6^{mm} sur le même sujet féminin et 10^{mm} sur le même individu masculin.

Les variétés de hauteur de l'anche sont au nombre de 6^{mm} pour les deux sexes.

Ce chiffre, quoique restreint, démontre que l'anche glottique présente dans sa hauteur une plus grande variation millimétrique chez la femme que chez l'homme.

Cette hauteur, dans le larynx féminin, diffère de 1^{mm} seulement avec le calibre du cricoïde ou bocal; ces deux dimensions mesurent en moyenne 13 et 14^{mm}; elles étaient identiques (10 et 12^{mm}) 2 fois, semblables, 7 fois sur 11.

Le calibre du bocal cricoïdien s'est trouvé 5 fois plus grand et 4 fois plus petit que la hauteur de l'anche; leurs différences ont varié de 1 à 6^{mm}; elles étaient 5 fois de 1^{mm} et 1 fois de 2, 3, 5 et 6^{mm}.

Chez l'homme, la hauteur de l'anche avait en moyenne 1^{mm} de moins que le calibre du cricoïde (17 contre 18^{mm}). Leur identité s'est présentée 6 fois sur 33 larynx, leur similitude, 23 fois ou 2/3.

Le calibre de l'anneau cricoïdien a été 21 fois plus grand et 6 fois seulement plus petit. Leurs différences ont aussi varié de 1 à 6^{mm}, comme dans le sexe féminin; elles étaient

9 fois de 2^{mm}, 8 fois de 1^{mm}, 6 fois de 3^{mm}, 2 fois de 4^{mm} et 1 fois de 5 et de 6^{mm}.

La hauteur de l'anche et le calibre du bocal cricoïdien ont ainsi un rapport plus stable chez la femme que chez l'homme.

La hauteur de l'angle saillant du thyroïde a 1^{mm} de plus, en moyenne, que celle de l'anche vocale, dans les deux sexes, comme l'indiquent les nombres 14 et 17^{mm} contre 13 et 16^{mm}.

Leur identité millimétrique existait sur deux larynx masculins seulement (2 fois 15^{mm}); leur similitude, 3 fois chez la femme, 22 fois ou 2 fois sur 3 chez l'homme. Malgré cette similitude assez élevée chez ce dernier, la hauteur de la pomme d'Adam s'est trouvée plus grande que celle de l'anche sur les 6/11^{es} des sujets. Quant à leurs dimensions, elles ont varié, en plus ou en moins, de 1 à 5^{mm} pour le larynx masculin.

Dans le sexe féminin, l'anche vocale a donc moins de fixité dans sa hauteur et dans le calibre de son bocal; par contre, elle varie moins quant à la longueur de ses bords glottiques. Les variations de la hauteur de l'anche peuvent être atténuées ou augmentées par les changements qui se produisent pendant la phonation ou le chant.

L'émission des notes élevées du registre de la voix s'accompagne, on le sait, de l'élévation du larynx, du rapprochement, en avant, des deux cartilages thyroïde et cricoïde et en même temps de l'allongement, en arrière, des bords libres de l'anche glottique. Il y a donc, à la fois, diminution de la hauteur de l'anche et accroissement de la longueur de ses bords vibrants.

En résumé, l'identité millimétrique de la hauteur de l'anche et de la longueur de la lèvre vocale ou glottique existait :

Etat de repos, 2 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 33 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, nulle chez l'homme.

La similitude, repos, 5 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 8 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 3 fois sur 8 chez l'homme.

La hauteur était plus petite que la lèvre glottique :

Au repos, 2 fois sur 11 chez la femme, 1 fois [sur 2 chez l'homme.

Tension, 7 fois sur 11 chez la femme, 5 fois sur 7 chez l'homme.

Plus grande, au repos, 7 fois sur 11 chez la femme, 4 fois sur 7 chez l'homme.

Tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 33 chez l'homme.

CHAPITRE IV. — HAUTEUR DE L'ANCHE VOCALE, LIGAMENT THYRÉO-CRICOÏDIEN ET SITUATION DE LA COMMISSURE DES LÈVRES GLOTTIQUES RELATIVEMENT AU BORD INFÉRIEUR ET A L'ÉCHANCRURE DU CARTILAGE THYRÉOÏDE.

§ I. — *Chez la femme, 11 larynx.*

1^o Ligament thyro-cricoïdien :

Fréquence..... 5 fois 6^{mm}, 3 fois 5^{mm}, 2 fois 8^{mm},
1 fois 7^{mm}.

Extrêmes 5 à 8^{mm}.

Variétés..... 3^{mm}.

Moyennes : statistique 6^{mm}, extrême et vraie 6^{mm}5.

2^o Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyroïde :

Fréquence..... 4 fois à 5 et à 6^{mm}, 2 fois à 7^{mm}, 1 fois
à 8^{mm}.

Extrêmes 5 et 8^{mm}.

Variétés..... 3^{mm}.

Moyennes : statistique 6^{mm}, extrême 6^{mm}5, vraie 6^{mm}.

3^o Insertion de la commissure des lèvres vocales relativement à l'échancrure ou bord supérieur du thyroïde :

Fréquence..... 3 fois à 8 et à 9^{mm}, 2 fois à 5^{mm}, 1 fois
à 6, 7 et 10^{mm}.

Extrêmes 5 et 10^{mm}.

Variétés..... 5^{mm}.

Moyennes : statistique 7^{mm}5, extrême et vraie 7^{mm}5.

§ II. — *Chez l'homme, 33 larynx.*

1° Ligament thyroéo-cricoïdien :

Fréquence..... 12 fois 7 et 9^{mm}, 5 fois 8^{mm}, 4 fois 10^{mm}.

Extrêmes..... 7 et 10^{mm}.

Variétés..... 3^{mm}.

Moyennes : statistique 8^{mm}5, extrême et vraie 8^{mm}5.

2° Insertion de la commissure des lèvres vocales relative-
ment au bord inférieur du thyroéoïde :

Fréquence..... 10 fois à 7^{mm}, 9 fois à 9^{mm}, 6 fois à 6 et
à 8^{mm}, 2 fois à 10^{mm}.

Extrêmes..... 6 et 10^{mm}.

Variétés..... 4^{mm}.

Moyennes : statistique 7^{mm}5, extrême et vraie 8^{mm}.

3° Insertion de la commissure des lèvres vocales relative-
ment à l'échancrure du bord supérieur du thyroéoïde :

Fréquence..... 9 fois à 8^{mm}, 7 fois à 10^{mm}, 5 fois à
11^{mm}, 4 fois à 9^{mm}, 3 fois à 6^{mm},
1 fois à 3, 5, 7, 12 et 14^{mm}.

Extrêmes..... 3 et 14^{mm}.

Variétés..... 11^{mm}.

Moyennes : statistique 9^{mm}, extrême 8^{mm}5, vraie 9^{mm}.

§ III. — *Comparaison des précédentes dimensions millimétri-
ques avec la hauteur de l'anche vocale dans les deux sexes.*

Chez la femme, le ligament thyroéo-cricoïdien, à l'état normal, possède en moyenne 6^{mm}5; chez l'homme il a 8^{mm}5, c'est-à-dire 2^{mm} en plus ou 1/3. Ce ligament se trouve donc égal, dans les deux sexes, à la moitié de la hauteur de l'anche vocale correspondante à un demi-millimètre près.

L'insertion de la commissure des lèvres vocales se fait à 6^{mm} du bord inférieur du thyroéoïde sur le larynx féminin à 7^{mm}5 sur le larynx masculin. Cette insertion et la hauteur du ligament thyroéo-cricoïdien ne diffèrent ainsi que d'un demi-millimètre pour le premier, d'un millimètre pour le second.

L'une et l'autre réunies représentent donc l'équivalent millimétrique de la hauteur de l'anche vocale, laquelle possède en moyenne 13^{mm} dans le sexe féminin, 16^{mm} dans le sexe masculin.

L'insertion de la commissure relativement à l'échancrure thyroïdienne se fait à 7^{mm}5 chez l'un, à 9^{mm} chez l'autre. leur différence 2^{mm}5 montre que la portion correspondante du cartilage thyroïde, a pris chez l'homme un développement plus considérable que chez la femme. Ce développement est quelquefois si prononcé, que cette partie du cartilage acquiert jusqu'à 11 variétés millimétriques, contre 5 seulement dans le larynx de la femme.

Or, il est certain que le cartilage thyroïde subit ce mouvement de croissance *d'arrière en avant* comme de bas en haut, c'est-à-dire dans *ces deux sens*, au moment de la puberté, tandis que le cartilage thyroïde féminin suit son mouvement de croissance d'une manière lente et régulière dans toutes ses parties.

Il résulte de là, que les lèvres vocales sont entraînées dans ce mouvement d'arrière en avant et qu'elles subissent à leur tour une elongation que le cartilage thyroïde tient sous sa dépendance.

Ce fait extrêmement important au point de vue de la théorie de la voix et de la physiologie, me servira plus tard à expliquer le véritable rôle du cartilage de la pomme d'Adam dans l'émission des sons vocaux, rôle bien différent de celui que lui attribue Dutrochet. Les deux insertions commissurales supérieure et inférieure constituent la hauteur de la pomme d'Adam, et celle-ci représente la longueur de la lèvre vocale tendue chez la femme, celle de la lèvre vocale normale, à un millimètre près chez l'homme.

La comparaison du ligament thyro-cricoïdien avec la hauteur de l'insertion commissurale inférieure, démontre qu'il y a entre leurs dimensions millimétriques dans le larynx féminin : identité 9 fois sur 11 ; similitude 10 fois sur 11 et 3 variétés seulement. Dans le larynx masculin, je n'ai constaté l'identité que 7 fois, mais la similitude millimétrique s'est élevée à 26 sur 33, c'est-à-dire aux 9/11^{es}. Les variétés sont au nombre de quatre.

Quant aux différences constatées entre ces dimensions, le ligament thyro-cricoïdien féminin était 1 fois plus grand

et 1 fois plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale inférieure. Le ligament thyro-cricoïdien masculin était au contraire 22 fois plus grand et 3 fois plus petit sur les 33 sujets. Leurs variétés comprenaient 5^{mm}.

Comparé à l'insertion commissurale supérieure, le ligament thyro-cricoïdien s'est trouvé une seule fois de dimension égale, 10^{mm} sur un larynx masculin; cette identité n'existait sur aucun larynx féminin.

La similitude entre ces deux parties de l'organe de la voix a eu lieu 6 fois sur 11 chez la femme, 14 fois sur 33 chez l'homme. Le ligament thyro-cricoïdien était plus grand que l'insertion commissurale 3 fois, 2 fois de 1^{mm} et 1 fois de 3^{mm} et plus petit 8 fois; il a été 15 fois plus grand et 17 fois plus petit dans le sexe masculin. Les variétés entre ces deux dimensions s'élèvent à 5 pour la femme, à 7 pour l'homme.

(A suivre.)

FAITS CLINIQUES

par le Dr LENNOX-BROWNE, de Londres.

(Traduit de l'anglais, par le Dr J. Charazac.)

Vous m'excuserez de ne pas vous envoyer un article spécial, mais je pense pouvoir intéresser mes confrères en rapportant les observations de quelques malades observés dans ma pratique.

Ce résumé pourra donner à ceux de nos confrères qui ne sont pas exclusivement adonnés à la spécialité des maladies des oreilles, du larynx et du nez, une idée de la variété des sujets qu'embrasse le champ de nos observations; j'ose espérer, en outre, qu'il pourra intéresser aussi les lecteurs ordinaires de la *Revue*.

I. — Le malade que je vois le premier est un officier; il présente les signes bien marqués d'une inflammation subaiguë de la luette et un érythème symétrique de la gorge qui me paraissent justifier parfaitement mon diagnostic de syphilis secondaire. Le malade accepte cette manière de voir, mais

déclare n'avoir jamais eu de chancre primitif; il a contracté la maladie en se livrant à des pratiques considérées chez nous, mais à tort, comme beaucoup plus répandues sur le continent que dans la Grande-Bretagne. Il a été constaté depuis, que la femme portait des manifestations secondaires de la syphilis. Le malade n'a présenté que des manifestations cutanées fort légères, mais l'engorgement ganglionnaire a été très considérable. Il est possible — d'aucuns disent certain — que le malade ait eu un chancre à la bouche ayant passé inaperçu. La chose n'est rien moins que certaine. Ce cas, unique dans la science, si je ne me trompe, vient à l'appui de cette idée de Kaposi qui estime « que les papules et les condylômes peuvent apporter la contagion en se reproduisant eux-mêmes et être ensuite suivis des manifestations secondaires. Il pense que c'est de cette façon que dans bien des cas les enfants sont contaminés par leurs nourrices qui présentent sur la mamelle, des papules syphilitiques. Ces papules, lorsqu'elles apparaissent chez l'enfant, sont considérées fort souvent comme des manifestations de syphilis héréditaire.

Je prescris les médicaments qui entrent dans la composition des pilules de sous-chlorure de mercure, connues en Angleterre sous le nom de « Plummer's » et que l'on administre sous la forme de pastilles effervescentes « effervescing Losenges ». Chaque pastille contient : 0,05 cent. de calomel, 0,05 cent. de sulfure d'antimoine, 0,10 cent. de résine de gaiac pulvérisée. Administré sous cette forme, ce médicament produit non seulement les mêmes effets généraux que les pilules, mais encore agit localement. J'ordonne, en même temps, un gargarisme au chlorate de potasse qui doit être employé d'après la méthode bien connue de Von Troeltsch, de manière à baigner complètement l'arrière-gorge et non simplement le voile du palais comme il arrive avec la manière ordinaire de se gargariser.

II. — Mon second malade est une jeune femme âgée de trente ans; elle présente, comme on peut le voir d'après la figure

ci-jointe, des signes très nets de syphilis secondaire, sous forme de plaques muqueuses symétriques. Dans ce cas, étant donnés la position, le caractère et le tempérament de la malade et de son entourage tout entier, la maladie, on ne peut en douter, n'est pas le résultat d'une infection primitive. Elle existait déjà depuis cinq mois quand je vis la malade,



mais d'après les signes physiques, aussi bien qu'en procédant par exclusion, il est impossible de douter du diagnostic auquel je suis arrivé. Dans ce cas, je promets la guérison à la malade à la condition de suivre avec persévérance les mêmes mesures thérapeutiques que j'ai indiquées dans le cas précédent.

III. — Un troisième cas est celui d'un docteur en médecine français, n'exerçant plus depuis plusieurs années déjà. Il y a un an ou dix-huit mois, il eut un mal à la gorge. A cette même époque, il eut une gonorrhée; repris de nouveau d'un mal de gorge, il vint me trouver pour savoir si les accidents qu'il présente sont d'origine syphilitique. La pâleur de son teint, la rudesse (thickness) de la voix, la douleur qu'il éprouve à ouvrir la bouche me font songer à une angine tonsillaire; c'était en effet la maladie dont il était atteint. Cependant un follicule était si largement et si profondément ulcéré, qu'à première vue je crus qu'il s'agissait vraiment d'un ulcère perforant; un tel état suffisait à justifier ses craintes. Un examen plus attentif me permit de constater d'autres follicules dans un état moins avancé d'inflammation et d'ulcération et me permit de le rassurer sur la gravité de son état.

Profondément convaincu du caractère rhumatismal de cette affection, je prescrivis du salicylate de soude, du chlorate de potasse et du quinquina, précédés par un laxatif, et aussi des pastilles de gaïac. Dans les cas de douleurs considérables, j'emploie les courants d'eau froide appliqués sur le cou à l'aide du tube de Leiter, de Vienne.

IV. — Un autre malade vient ensuite, qui présente de l'inflammation, une augmentation de volume et des ulcérations de la langue. C'est un jeune homme de vingt-deux ans. Les symptômes que je constate ne présentent aucun caractère digne d'être noté. Dans les cas de ce genre, le sirop français de Gibert me paraît être une manière d'administrer le biiodure, supérieure à toutes celles qui sont usitées chez nous. Je prescrivis en même temps des lotions au chlorate de potasse et je me propose de faire deux ou trois fois par semaine des applications locales de nitrate d'argent.

V. — Encore un cas d'affection de la gorge. Un médecin me conduit une jeune femme de trente ans, engagée comme nourrice. Il la croit atteinte de phtisie laryngée, bien qu'elle ne présente, ainsi qu'il l'a constaté lui-même, aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. La malade est très amaigrie, elle pèse 40 kilogrammes pour une taille de 64 pouces (1^m,60 environ). Cinq ans auparavant environ, elle a eu une hématomèse dont il m'est impossible de déterminer exactement la nature, mais elle vient me trouver se plaignant d'une dysphagie qui remonte à quatre mois. Elle respire difficilement et sa gêne est considérablement accrue par l'exercice ou le décubitus dorsal. Elle fait observer qu'elle s'éveille fréquemment en proie à des accès de suffocation; elle est obligée de rester presque toujours assise sur son lit. La respiration est toujours plus ou moins stridente. La voix, qui est devenue malade à peu près à la même époque, est rauque, mais criarde (highpitched), la toux présente les mêmes caractères que la voix. Ce dernier symptôme, désigné, je crois, par Fauvel, sous le nom de cornage, me fait songer à l'affection dont elle est atteinte en effet, à savoir un épithélioma pharyngo-la

ryngé et non pas une phthisie laryngée; car, ainsi que je le fais observer à mon confrère, la tuberculose n'arrive jamais dans le larynx à ce degré de développement sans qu'il survienne en même temps des signes d'infiltration pulmonaire. Je constate du gonflement, de la congestion et l'immobilité de la corde vocale gauche, de la rougeur de la muqueuse qui recouvre le repli ary-épiglottique et l'aryténoïde, et sur



le bord du pharynx à gauche une masse considérable de muco-pus écumeux qui une fois enlevée laisse à découvert une ulcération caractéristique. La planche ci-dessous représente l'aspect de l'organe d'après un dessin tiré de mon livre de notes. En examinant le cou, je constate que la malade est depuis plusieurs années atteinte d'un goître, le côté gauche en est dur et selon toute probabilité a subi la dégénérescence maligne.

VI. — Et maintenant quelques cas d'affection de l'oreille. Un jeune homme de vingt-sept ans vient me trouver pour une surdité considérable survenue graduellement depuis plusieurs années et qui est maintenant si avancée, qu'il est à peu près incapable d'entendre la voix même à l'aide d'un cornet. Quelques années auparavant on l'avait prévenu fort malencontreusement que sa surdité devait sûrement et fatalement progresser et n'avait pris aucune mesure pour l'arrêter, et récemment un jeune médecin auriste avait émis l'opinion qu'il était atteint d'une affection incurable du nerf auditif. A propos de la première constatation, je dois dire que, d'après moi, les otologistes qui ont acquis une haute situation sont un peu trop portés à admettre un diagnostic positivement

défavorable dans les cas qui leur paraissent pouvoir nuire à leur crédit. On ne saurait trop s'élever contre cette coutume, qui trop souvent indispose le malade et l'empêche de continuer un traitement capable d'améliorer la maladie ou d'en arrêter les progrès, et qu'on pourrait proposer avec quelque chance de le faire adopter à ceux à qui leur position permet d'agir ainsi sans crainte de leur part de voir décroître leur réputation en cas d'insuccès. Ainsi le malade avait été victime de la négligence et un praticien plus jeune et plus enthousiaste n'avait pu lui donner les soins nécessaires pour arrêter le cours de la maladie avant qu'elle ne fût arrivée à un degré où tout espoir était perdu. Que le nerf auditif fût malade, cela pouvait être ou n'être pas dans le cas qui nous occupe, mais comme le diapason permettait de constater de grands obstacles à la propagation du son et que le malade affirmait entendre toujours même après l'épreuve de Valsalva, on ne pouvait indiquer clairement jusqu'à quel point le nerf était lésé avant d'avoir dégagé les conduits. Je m'efforçai de faire comprendre au malade sa situation à l'aide d'une comparaison, de même lui dis-je que dans certains cas de cataracte on ne peut dire de quelle affection le nerf optique est atteint jusqu'à ce que la cataracte ait été enlevée, ou en d'autres termes jusqu'à ce que l'ouverture opaque soit redevenue transparente, ainsi dans son cas il était impossible d'affirmer à quel degré le nerf auditif était atteint, jusqu'à ce que les portes de sa chambre aient été ouvertes. J'instituai alors un traitement énergique pour l'affection de l'oreille moyenne, mais sans promettre le moins du monde la guérison au malade, seulement dans l'espoir d'arrêter les progrès du mal et peut-être d'améliorer quelque peu son état. Il faut noter que dans ce cas les bourdonnements étaient très légers ; ils consistaient en des sifflements de caractère ordinairement catarrhal ; il n'y avait jamais eu le moindre signe de vertige.

VII. — En dernier lieu on m'amena un enfant de trois ans qui ne serait devenu sourd qu'à l'âge de un an à la suite des oreillons ; depuis lors la surdité est complète, la note sui-

vante que j'envoie au confrère qui m'avait recommandé le malade, donnera au lecteur les résultats de mon examen.

« J'ai le regret de vous dire que dans le cas de l'enfant de M^{me} S... la perception du nerf acoustique est complètement ou à peu près complètement abolie, et que par conséquent on ne peut espérer une amélioration suffisante pour permettre au malade de se passer des moyens artificiels de communication avec ses semblables, et j'ai vivement recommandé à ses parents de lui donner une instruction préliminaire par la lecture sur les lèvres, afin de le déshabituer absolument de l'usage des signes, et de le placer dans une école où il puisse apprendre à lire sur les lèvres, lorsqu'il aura atteint l'âge de six ou sept ans.

« Il existe cependant un gonflement considérable de la muqueuse de la gorge et une hypertrophie glandulaire évidente de la cavité naso-pharyngienne contre laquelle je vous conseille d'agir énergiquement. Ce traitement aura pour résultat de permettre à l'enfant de respirer plus librement et influera sur son développement d'une façon heureuse; on pourra peut-être aussi à l'aide de la douche de Politzer, obtenir une amélioration de l'ouïe assez considérable pour lui permettre de moduler le ton de sa voix quand il aura appris à parler.

« Je ne puis vous promettre davantage bien que l'expérience de quelques auristes, de Bonnafont en particulier, puisse vous engager à persévérer dans l'emploi de la poire de Politzer et de tout traitement destiné à améliorer l'état de l'appareil de transmission, dans l'espoir d'obtenir un résultat plus sensible au point de vue de l'audition.

LENNOX-BROWNE.

COMPTE RENDU DE LA 59^e RÉUNION
DES
NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS
TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886
SECTION D'OTIATRIE (2).

Suite et fin (1).

Séance du 21 septembre 1886.

Présidence de M. SCHWARTZE.

1^o M. GRUBER (Vienne): **Contribution à l'étude de l'anatomie de l'organe de l'ouïe.** — L'auteur décrit l'anatomie de la région de la fenêtre ronde du limaçon. Il prouve que l'opinion admise jusqu'à ce jour, que la cavité labyrinthique sur l'os temporal macéré communique avec la caisse par la fenêtre ronde seule, n'est pas exacte. On constate, en effet, que le vestibule et la rampe supérieure du limaçon communiquent aussi avec la caisse à travers la niche de la fenêtre ronde, par une fente se trouvant sur le plancher de la caisse. Sur le temporal non macéré, cette fente est cachée par le commencement du conduit cochléen dont la surface inférieure est recouverte par le tégument de la niche de la fenêtre ronde.

M. Gruber démontre ces faits anatomiques sur des préparations macérées et non macérées, et il insiste sur leur importance au point de vue physiologique, pathologique et clinique.

2^o M. SCHWARTZE (Halle) présente un cas de **Tuberculose du temporal, du pariétal et de l'occipital guéri par opération.** — Discussion : M. Trautmann fait observer que c'est un cas unique et rapporte un fait à peu près analogue, terminé par la mort.

3^o M. TRAUTMANN (Berlin) : **Démonstrations de photographies stéréoscopiques faites sur verre et représentant l'anatomie de l'oreille.** — Le rapporteur les recommande pour l'enseignement.

(1) Voir n^o 1, p. 19.

(2) D'après le *Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Berlin*, 18-24 septembre 1886.

4° M. EYSELL (Kassel) : **Les cellules mastoïdiennes bien développées, garantissent-elles d'une rupture du tympan dans les changements brusques de la pression atmosphérique?** — L'auteur a déjà, en 1873, émis l'hypothèse que plus les cavités de l'oreille moyenne sont développées, plus facilement doit survenir la rupture du tympan sous l'influence d'un changement brusque de la pression de l'air (explosions). Il apporte aujourd'hui de nouvelles preuves pour établir cette hypothèse contraire aux opinions ayant cours dans la science. Des expériences faites sur des cylindres de différente longueur, bouchés à leurs extrémités par une membrane élastique, ont démontré que, étant donnée une augmentation égale de la pression atmosphérique, les membranes des cylindres les plus longs se rompent les premières.

5° M. SCHMALTZ (Dresde) soumet à la section d'otologie plusieurs arguments concernant **la nécessité d'examiner l'ouïe des employés de chemins de fer**. Il serait utile d'examiner ces employés avant leur installation, et après, à des intervalles convenables. De même serait-il nécessaire de fixer le minimum d'audition exigé pour le service. La plupart des membres présents se déclarent conformes avec ces desiderata.

6° HABERMANN (Prague) : **De l'anatomie pathologique de l'ozène simple**. — Le rapporteur trouva, dans deux cas d'ozène simple, une affection de presque toutes les glandes, autant des glandes acineuses que de celles de Bowman. Cette affection se caractérise au début par une accumulation de gouttelettes de graisse dans l'épithélium des glandes et plus tard par une dégénérescence complète de l'épithélium. On constatait ensuite une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec dégénérescence granuleuse des cellules infiltrées, et sur certains points du tissu on trouvait des gouttes de graisse, déjà décrites par M. Krause. Sur d'autres points de la muqueuse on rencontrait des traînées de cellules fusiformes, parfois même de tissu lamineux avec ratatinement de la muqueuse, de plus une destruction de l'épithélium ou sa métamorphose en épithélium pavimenteux, et une résorp-

tion de l'os avec formation de lacunes. Les sinus veineux superficiels subissent également l'atrophie. L'auteur, d'après ses recherches, croit que l'agent morbide de l'ozène agit par la surface de la muqueuse, c'est-à-dire par les orifices des glandes.

7^e M. HOMMEL (Zurich) : Courte note sur les résultats nouveaux obtenus par pression du tragus. — L'auteur recommande de nouveau son procédé de pression du tragus, qu'il a déjà décrit dans le *Archiv für Ohrenheilkunde*. Il l'emploie, 1^o dans les catarrhes chroniques simples et suppurés de l'oreille moyenne; 2^o dans les catarrhes aigus simples et suppurés de l'oreille moyenne, une fois la fièvre passée; 3^o dans les perforations du tympan; 4^o dans la sclérose de l'oreille moyenne.

Plus les troubles de motilité de l'appareil transmetteur des sons sont grands, plus il faut presser le tragus, mais alors, la pression doit être exécutée moins souvent. La pression du tragus n'est nullement un procédé indifférent; elle provoque souvent une myringite, toutefois, sans inconvénient grave. Quand il existe des douleurs on doit interrompre pendant quelque temps ce traitement. Quant aux autres méthodes thérapeutiques, dans les cas de trouble de la motilité de l'appareil transmetteur des sons, aucune, d'après lui, aurait fait ses preuves.

La douche d'air amène facilement un relâchement des ligaments articulaires du marteau et de l'enclume. Aussi faut-il l'employer avec circonspection. L'auteur fait exécuter aux malades par minute 120 à 150 coups pas trop forts dirigés contre le tragus, et fait répéter ce procédé 6 à 8 fois par jour.

Il dit avoir obtenu d'excellents résultats.

M. LUCAS (Berlin) fait observer que la pression du tragus peut bien déterminer des mouvements du tympan, mais qu'elle n'agit pas sur les osselets. Ces derniers peuvent être directement mis en mouvement avec la sonde à pression faisant ressort (*Federnde Drucksonde*) préconisée par lui.

M. TRAUTMANN (Berlin) croit impossible que la pression du tragus puisse avoir un résultat quelconque dans les cas de sclérose de l'oreille moyenne et d'ankylose de l'étrier. Au contraire, toute inflammation provoquée par ce procédé ne peut qu'empirer l'affection.

M. HOMMEL répond qu'une amélioration ne se produit pas dans les cas de sclérose, mais on constate que le processus scléreux s'arrête.

M. SCHWARTZE et M. ROHRER ont traité beaucoup de leurs malades par ce moyen et n'ont obtenu aucun résultat; toutefois, le premier de ces auteurs recommande de continuer les essais, étant donné que M. Hommel s'est lui-même guéri, par cette méthode, d'un catarrhe de l'oreille moyenne datant de 25 ans.

M. JACOBSON (Berlin) désire savoir si dans les 80 cas dans lesquels, d'après le travail antérieur de l'auteur, une amélioration serait survenue, on avait fait un autre traitement à l'aide de la sonde et des autres méthodes habituelles de traitement.

Il ne croit pas, du reste, que la douche d'air relâche très facilement les ligaments des articulations des osselets. Cela pourrait avoir lieu dans les oreilles normales, mais non dans les cas pathologiques.

Séance du 22 septembre.

Présidence de M. GRUBER (Vienne).

1^o M. ROHRER (Zurich) : **Suite de communications sur les anomalies du pavillon de l'oreille.** — L'auteur apporte 72 observations nouvelles qu'il explique et qu'il groupe en six classes : 1^o Nævus sur le pavillon et sur les parties voisines; 2^o Arrêts de conformations ou hypergénésies; 3^o Nouvelles formations épithéliales ou hyperplasies; 4^o Arrêt de conformation de la conque et du tragus; 5^o Excès de formation; 6^o Localisation de dermatoses.

2° M. HARTMANN (Berlin) : Nécrose du limaçon avec démonstration d'une préparation. — Il existe dans la littérature 12 cas où après la destruction du limaçon l'ouïe n'était pas complètement abolie. L'auteur y ajoute une nouvelle observation. Le malade après avoir éliminé presque tout son limaçon pouvait encore percevoir les diapasons ut 2, ut 3, ut 4 placés sur l'apophyse mastoïde ou sur le doigt bouchant l'oreille malade. Mais il croit avec M. Dennert que de malades atteints de surdité unilatérale ne savent pas localiser les sons et que les résultats de l'examen de l'ouïe chez ces malades sont très souvent illusoires.

A la fin l'auteur montre ses schéma qui représentent graphiquement les résultats de l'examen de l'ouïe avec les diapasons de différente hauteur faits chez 100 malades. Il distingue 7 types de dureté d'oreille.

1° Dureté d'oreille considérable pour les sons graves avec perception cranienne bonne; 2° dureté d'oreille considérable pour les sons graves avec perception cranienne mauvaise; 3° dureté d'oreille considérable pour les sons aigus avec perception cranienne bonne; 4° dureté d'oreille considérable pour les sons aigus avec perception cranienne mauvaise; 5° dureté d'oreille égale pour tous les sons avec perception cranienne bonne; 6° dureté d'oreille égale pour tous les sons avec perception cranienne mauvaise; 7° dureté d'oreille irrégulière.

M. JACOBSON (Berlin) déclare les résultats obtenus par la méthode de M. Hartmann comme n'étant pas justes au point de vue physique : 1° L'intensité du son n'est pas simplement proportionnelle à l'amplitude des vibrations des fourches des diapasons, mais proportionnelle au carré de cette amplitude; 2° la diminution de l'amplitude des vibrations des tiges ou plaques vibrantes ne se fait pas avec une progression arithmétique, mais ordinairement avec une progression géométrique. Pour les diapasons, d'après M. Hensen, cette loi n'a pas même lieu, car ici la diminution de l'amplitude de vibration se fait d'une manière tout à fait irrégulière,

M. SCHWARTZ dit qu'il est très difficile de constater si après l'élimination d'un sequestre du limaçon l'audition pour des sons existe encore ou non. La perception de la voix au moins est toujours abolie. Mais tous ces cas ne suffisent pas pour renverser la théorie de M. Helmholtz.

M. GRUBER est sûr et certain qu'une lésion partielle du labyrinthe ne détermine pas forcément une abolition de l'ouïe.

Pourquoi les autres parties du labyrinthe seraient-elles du reste absolument exemptes de la faculté de percussion des sons ?

M. RATZ apporte à l'appui de l'assertion de M. Gruber des expériences faites sur les animaux par MM. Munk et Baginsky.

3^e M. DENNERT (Berlin) : **Sur des recherches acoustiques et physiologiques avec démonstrations.** — Ces recherches portent sur les sons combinés naissant de deux sons de différentes hauteurs et émis pendant un temps assez long et avec une intensité égale. Se basant sur des expériences faites avec des diapasons et des sirènes qu'il montre à la Société, l'auteur réfute la théorie de M. Helmholtz et accepte celle de MM. Joung et Scheibler.

Séance du 23 septembre.

Présidence de M. TRAUTMANN.

1^o M. SCHWABACH (Berlin) montre une série de **préparations de temporal macérés**, sur lesquelles le tympan se présente comme sur le vivant.

2^o M. LICHTENBERG (Budapesth) montre un nouvel **acoumètre** indiqué par M. Beerwald et construit par M. Oppun. Cet appareil est composé de quatre cloches pouvant être frappées plus ou moins fortement. Une aiguille marque la hauteur du marteau qui tombe sur les cloches.

M. JACOBSON (Berlin) dit que cet appareil pourrait servir pour mesurer l'audition d'une manière relative, mais non

d'une manière absolue, tant que nous ne connaissons pas la loi d'après laquelle l'intensité des sons des cloches dépend de l'angle sous lequel le marteau retombe sur la cloche.

3° M. EYSELL (Kassel) : **Rétrécissement des fosses nasales dû à une étroitesse du palais.** — L'auteur présente des préparations anatomiques dans lesquelles, par compression latérale de l'ogive palatine, la largeur des fosses nasales était diminuée. Ce rétrécissement peut porter sur les côtés des fosses nasales, ou sur un côté seulement.

Dans presque tous ces cas, il existait aussi une anomalie de la position des dents.

4° M. ROHRER (Zurich) : **Notes statistiques pour l'appréciation diagnostique de l'expérience de Rinne.** — L'auteur a fait des examens sur 400 malades et il a cherché à établir une relation entre l'expérience de Rinne et la perception des sons aigus, prises avec le sifflet de Galton et les tiges sonnantes de M. Kœnig.

Le Rinne était positif dans la plupart des cas d'affections de l'oreille externe, d'otite moyenne légère et d'otite interne. Il était le plus souvent négatif dans les cas de méningite, d'otite moyenne grave et d'otorrhée. Les sons les plus bas du sifflet de Galton ne furent pas perçus dans l'otite externe et dans l'otite moyenne. Les sons les plus élevés du sifflet ne l'étaient pas dans les cas de bouchons de cérumen, de méningite, d'otorrhée et d'otite interne. L'examen avec les tiges sonnantes rendait évidente une diminution pour les sons aigus dans les cas d'affections de l'oreille moyenne où le Rinne était négatif et surtout dans les affections labyrinthiques.

5° M. TRAUTMANN (Berlin). Observations cliniques : 1° **Un cas d'affection primitive du limaçon se terminant par la nécrose.** — 2° **Un cas d'otite moyenne exsudative se combinant avec des accès épileptiformes.** — Ce dernier cas a été observé chez une fille de trois ans. Après

l'écoulement de l'exsudation de la caisse, s'il survenait un accès seulement.

6° M. KIRCHNER : **Des fractures du manche du marteau.** — L'auteur rapporte 3 cas. M. Krakauer a observé une fracture du manche du marteau consécutive à un examen du conduit fait par un médecin avec une sonde, sans éclairage.

D^r LICHTWITZ.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

De l'innervation, de la fonction et de la paralysie de quelques muscles du larynx (*Innervatio, functie en verlamming van enkele larynxspieren*), par le D^r G.-D. COHEN.

Dans le premier chapitre de sa dissertation, l'auteur traite du muscle crico-thyroïdien. Après en avoir donné une description anatomique détaillée, et après l'énumération des différentes théories émises jusqu'ici sur la fonction de ce muscle, il relate les dernières expériences d'Exner et de Simanowski, et les conclusions que ces Messieurs en ont tirées. Ensuite il communique ses propres expériences, qui lui ont fourni le résultat suivant : Le crico-thyroïdien n'est destiné ni à tirer en bas le cartilage thyroïde, ni à attirer en haut le cartilage cricoïde ; il augmente la courbure des lames quadrilatères du cartilage thyroïde, ce qui produit une tension des cordes vocales en largeur. S'il n'y a qu'une paralysie unilatérale du crico-thyroïdien, la voix conserve le registre haut, mais elle perd sa clarté, tandis que, par la paralysie bilatérale, elle devient en outre plus basse.

Dans le second chapitre, l'auteur s'occupe du crico-aryténoïdien postérieur. Il se propose d'indiquer le point où Semon et Krause, qui soutiennent à propos de ce muscle, comme on le sait, des théories tout à fait opposées, pourraient se rencontrer. Pour arriver à ce but, il se base sur les expériences de Exner, qui a trouvé chez le chien que le crico-aryténoïdien postérieur est innervé latéralement et à sa face

antérieure par le laryngé inférieur, à sa face postérieure par le laryngé supérieur, et quelques fois encore par un rameau du laryngé médian du côté opposé. Après avoir discuté les théories de Rosenbach, de Semon et Krause, d'où il relève ce qui lui semble juste, il conclut d'après ses propres expériences : « Si l'on considère : 1° qu'il n'existe (ce qui n'est pas exact) aucun cas incontestable de paralysie du crico-aryténoidien postérieur, ayant fini par une paralysie complète du récurrent, et que 2° les mêmes causes provoquent presque toujours une paralysie complète du récurrent et rarement la paralysie du crico-aryténoidien postérieur seul, alors il faut avoir recours à la distribution des nerfs laryngés, telle que Exner l'a donnée, et on doit se figurer que — vu les anomalies qui peuvent se présenter partout — l'innervation des muscles laryngés ne suit pas la règle générale dans les cas en question, de sorte que le crico-aryténoidien postérieur serait innervé exclusivement par le récurrent sans aucune coopération du laryngé supérieur, tandis que les autres muscles laryngés sont plus innervés par le laryngé supérieur. Cela expliquerait en même temps la persistance de l'affection jusqu'à la fin. Cette explication s'appliquerait également aux cas où la cause est centrale, bien qu'on dût encore admettre dans ce cas un centre spécial pour le laryngé supérieur, et un autre pour le récurrent. »

Malheureusement cette explication aussi n'est plus qu'une pure hypothèse et ne tranche aucunement la question. (Fervaert, Leyde, 1886.)

BAYER.

De l'influence de la respiration dans le chant et de la tension passive des cordes vocales, par M. PELTAN, professeur de chant.

L'air est le véritable corps sonore dans l'émission de la voix, et M. Peltan croit avoir démontré, par ses expériences, que :

1° La *vitesse absolue* de la poussée d'air dans l'expiration vocale commande la hauteur du son ;

2° La *grandeur* des variations des pressions de la colonne d'air sous-glottique règle l'*intensité du son* ;

3° La *régularité* du courant d'air expiré détermine la *netteté du son* ;

4° La *voix anchée* (voix de poitrine) est le résultat d'une pression suffisante pour l'ébranlement complet des cordes vocales inférieures, qui, sous l'empire d'une pression déterminée, assument d'elles-mêmes la forme rectiligne. Elle exige un effort des muscles thoraciques ou abdominaux en rapport avec la hauteur et l'intensité du son ;

5° La *voix nodale* (voix de tête) est obtenue par une pression intra-trachéale infime ;

6° Le *timbre* de la voix dépend de l'abaissement du larynx et des modifications épiglottiques pharyngiennes, buccales et nasale ;

7° L'*homogénéité* des sons dans un même registre dépend du degré de fixité du larynx d'abord, et ensuite de l'épiglotte du pharynx de la langue et de la bouche ;

8° La *voix sombrée* ne peut être obtenue qu'avec un abaissement du larynx ;

9° La *voix claire* qu'avec une élévation du larynx ;

10° La *voix anchée* et la *voix nodale* peuvent être sombrées ou claires. (*La Tribune Médicale*, 3 octobre 1886.)

Dr J. CH.

Laryngite aiguë phlegmoneuse et suppurée, par le Dr URDUNUELA.

Il s'agit d'un malade, garde municipal de sa profession, qui, après l'ingestion à une heure du matin d'eau froide, fut pris de toux, de difficulté dans la déglutition. Consécutivement survinrent l'impossibilité d'avaler des matières solides, l'aphonie, des douleurs pongitives du côté gauche de la gorge, de la fièvre et des attaques de dyspnée.

L'examen laryngoscopique permit de constater la présence d'une tuméfaction rouge sombre, proéminent dans la fossette piriforme gauche, dont le centre déprimé offrait une coloration blanche, indice de l'existence du pus ; d'un œdème prononcé dans la moitié gauche de l'épiglotte, dans le repli aryténo-épiglottique et les aryténoïdes du même côté, œdème cachant complètement la glotte.

Le contact des pinces laryngées, introduites dans le but de se rendre compte de la résistance de la tumeur, suffit à ouvrir l'abcès qui donna issue à une collection de pus sombre sanguinolent et fétide.

Le traitement institué se composa des inhalations émollientes, de sulfate de quinine. La dyspnée, la dysphagie et la dysphonie diminuèrent notablement. A un nouvel examen laryngoscopique, la tumeur ne se présentait plus que sous la forme d'une ulcération ronde et suppurante à la base et au côté externe gauche de l'épiglotte, avec diminution de l'œdème. Des applications locales, d'une solution phéniquée et de glycérine iodoformée, et des inhalations émollientes belladonnées, finirent par avoir raison de la lésion et des troubles généraux qu'elle provoquait. Vingt jours après, le malade était guéri.

Cette observation rend bien compte des phénomènes objectifs de ces abcès qui sont généralement uni-latéraux, siègent à la base de l'épiglotte (Doving), sur les cartilages ary-ténoïdes (Gottstein, Schnitzler), sur les replis aryténoépiglottiques (Tobold). (*Mémoires de la Sociedad española de laringología, otología y rinología*. Tome I, Barcelona.)

D^r LAUGA.

Mycozsis et tuberculose laryngés, par le D^r ARIZA.

L'auteur raconte l'observation d'un malade dont le cas présentait de sérieuses difficultés de diagnostic.

M. C... est âgé de vingt-huit ans. Il est porteur d'une pharyngite chronique pour laquelle il a été soigné six ans auparavant et dont il se croit guéri.

C'est pour son larynx qu'il demande des soins. Depuis quatre mois, sa voix est devenue rauque et il éprouve des douleurs en déglutissant. Le peu de gravité de ces symptômes contraste avec les lésions que révèle le laryngoscope. L'épiglotte est ulcérée superficiellement dans toute sa longueur. Les ulcérations sont petites et innombrables, irrégulières, chevauchant les unes sur les autres; leur coloration est blanchâtre plus marquée au centre que sur les bords.

M. Ariza n'hésite pas à attribuer cette lésion à la tuberculose. D'autant qu'il existait dans d'autres points du larynx des signes certains de cette diathèse.

L'aryténoïde droit était hypertrophié avec l'aspect spécial de l'infiltration tuberculeuse; la bande ventriculaire droite était aussi atteinte.

Les poumons n'étaient pas atteints; ni l'auscultation, ni la percussion n'y révélaient de lésions.

En passant, M. Ariza affirme nettement la curabilité de la phymie laryngée. L'erreur de ceux qui ne l'ont pas admise provient, d'après lui, de ce que l'on a confondu en une seule toutes les espèces de phymies laryngées. Celle qui apparaît comme terme ultime de la tuberculose pulmonaire, qui revêt le caractère aigu avec des douleurs atroces, est incurable. Il en est de même de celle qui se manifeste simultanément avec la tuberculose pulmonaire, dont la marche est lente, chronique. Mais il en existe une troisième qui se comporte comme une maladie locale sans réactions générales, qui a une tendance à l'hypertrophie et qui est curable.

C'était le cas du malade de M. Ariza. Il lui ordonna des préparations arsénicales et du phosphate de chaux à l'intérieur, des applications locales d'iodoforme.

Sous l'influence du traitement, les hypertrophies laryngiennes disparurent, contrairement à ce qui arrive quand on a affaire à des lésions anciennes frappées déjà de sclérose. La voix recouvra son timbre et sa force, l'état général fut sensiblement amélioré. Seule, l'épiglotte avait conservé le même aspect. Les attouchements d'acide lactique demeuraient sans résultat, ce qui déconcertait assez M. Ariza. Il eut alors l'idée de recueillir un peu de la matière blanchâtre qui recouvrait l'épiglotte et de la mettre sous l'objectif du microscope.

Il découvrit au milieu des cellules épithéliales du pus, des ramifications de micélium. La question s'éclairait et il s'agissait d'un cas de muguet. Or, le muguet n'est pas, par lui-même, une maladie, il est simplement un épiphénomène de maladies, les unes graves, les autres légères. Il n'a de gravité dans le pronostic que celle que lui donne la maladie

qu'il accompagne. Limitée à l'épiglotte, sa présence n'était pas alarmante.

Maintenant les ulcères sur lesquelles reposait le muguet étaient-elles de nature tuberculeuse? M. Ariza ne le croit pas, en raison de l'indolence de ces ulcères, de leur résistance au traitement, alors que les lésions tuberculeuses voisines en étaient si promptement influencées, de leur coloration blanchâtre qui n'a pas été un seul instant modifiée. Il affirme que la détérioration de l'épiglotte de son malade est due à cette végétation particulière. Pour lui la démonstration que le muguet peut détruire, ulcérer les tissus, pénétrer jusqu'aux couches sous-muqueuses et musculaires, est faite. (*Revista de laryng. otol. y rinol.*, tomo II, num. 4.) D^r LAUGA.

De l'arthrite orico-aryténoïdienne au début de la tuberculose laryngée, par le D^r A. CARTAZ.

La tuberculose semble une des maladies où l'arthrite crico-aryténoïdienne doit être le plus souvent observée; les observations sont rares cependant et les troubles observés ne sont ordinairement pas rapportés à des troubles fonctionnels de l'articulation.

Les lésions articulaires sont, d'après l'auteur, rares dans les premières phases de la tuberculose. Peut-être en cherchant à bien préciser l'origine de la paralysie ou de la parésie, pourrait-on la trouver plus fréquemment dans une altération de l'articulation. L'auteur en rapporte deux observations. (*France Médicale*, 16 et 18 novembre 1886.)

D^r J. CH.

Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse, par le D^r Frédéric FOURNIER.

L'auteur consacre le premier paragraphe de sa thèse à un résumé anatomo-pathologique de la laryngite tuberculeuse. Il passe rapidement en revue les lésions que l'on trouve du côté du larynx et les désordres qu'elles peuvent amener à leur suite. Le larynx ainsi modifié ne recouvrera jamais son intégrité anatomo-physiologique; le résultat du traitement

sera d'autant plus beau que les fonctions du larynx guéri se rapprocheront davantage de l'état normal.

On peut diviser en deux grandes classes les moyens destinés à combattre la laryngite tuberculeuse : 1° les uns s'adressent aux lésions elles-mêmes ; 2° les autres aux symptômes de l'affection.

A. TRAITEMENT DES LÉSIONS. — La première indication consiste à s'entourer de toutes les précautions hygiéniques réclamées en pareille circonstance. En second lieu, il sera fait, à l'aide du laryngoscope, une application locale de topiques ; s'il est nécessaire de recourir à d'autres procédés, le médecin emploiera les moyens en rapport avec le but qu'il se propose d'atteindre, tels que les inhalations, pulvérisations, insufflations pulvérulentes, révulsifs.

Les émollients, les astringents, les caustiques, les anti-microbiens sont simplement cités par l'auteur qui semble n'attacher à leur emploi qu'une médiocre importance. Il s'arrête cependant, avec une certaine complaisance, à l'acide lactique récemment préconisé par Mosetig.

L'air chaud pourrait agir de deux façons, d'abord comme anti-microbien — le bacille de la tuberculose ne pouvant vivre dans une température supérieure à 41° — de plus, grâce à l'évaporation, il se produirait au niveau des ulcérations laryngées une croûte membraneuse qui empêcherait à nouveau l'infection du larynx par les bacilles contenus dans les crachats venant du poumon. M. Fournier rapporte ici une observation où l'air chaud — joint à d'autres médications — lui semble avoir apporté une amélioration notable dans une phtisie laryngée.

Les eaux sulfureuses amélioreraient l'état des phtisiques ; d'après les uns, par l'acide sulfhydrique qu'elles contiennent et d'après les autres ce serait l'attitude des établissements thermaux qui serait le principal facteur du rétablissement : mais l'auteur ne nous semble pas avoir acquit une expérience bien nette à cet égard, car il eût peut-être soutenu une autre opinion moins favorable à cette médication.

L'iode employé avec prudence, dans le cas de lésions super-

ficielles, pourrait aussi fournir de bons résultats comme semble le prouver une observation rapportée par l'auteur. L'iodoforme et l'iodure d'éthyle, composés iodiques, peuvent aussi rendre de très bons services.

Le TRAITEMENT DES SYMPTOMES sera fait suivant les indications du moment. En résumé, rien de nouveau (*Thèse Paris, 1886*).
M. NATIER.

Sur la valeur négative de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée (*Sulla value negativo dell' acido lattico nella cura della tuberculosa laryngea*), par le Dr R. MASINI.

L'auteur publie, sous la forme épistolaire, le résultat des essais qu'il a fait avec l'acide lactique employé d'après la méthode de Krause et de Jélinek. Il fit d'abord usage d'une solution à 20 0/0 qui provoqua un peu de toux, une sensation de brûlure et une rougeur intense de la partie tranchée. La solution faite à 40 0/0 occasionne une sensation de constriction à la gorge et une forte ulcère. Bien des malades ne purent même supporter les derniers attouchements qui provoquaient une irritation considérable malgré l'emploi de la cocaïne : la brûlure se faisant sentir dès que l'action anesthésique de ce médicament était épuisée. Une fois l'un des malades eut une hémoptysie.

Malgré tout l'auteur voulut arriver à la dose conseillée par les promoteurs de la méthode (80 0/0), et après avoir anesthésié le larynx avec la cocaïne, il toucha le larynx d'une malade graduellement habituée au tropique. Cette dernière fut prise aussitôt d'un accès de spasme de la glotte si violent que, malgré l'emploi du chloroforme, il fallut pratiquer la respiration artificielle pour la ranimer.

D'après les expériences, l'acide lactique employé en solution légère n'exerce une influence salutaire bien nette sur les ulcérations de l'organe vocal, les solutions plus fortes mortifient le tissu et amènent une réaction locale excessive sans bienfait pour le malade.

Il termine en disant qu'il préfère encore la solution éthérée d'iodoforme à l'acide lactique, ce dernier n'ayant aucune action spéciale sur la tuberculose du larynx.

Comme depuis longtemps déjà le procès des caustiques est jugé et que la plupart, pour ne pas dire tous les laryngologistes ont renoncé à leur emploi pour la laryngite tuberculeuse, l'on ne sera pas étonné de la non-efficacité de l'acide lactique pour les cas de ce genre. Ce dernier a de plus le grave inconvénient de produire des accès de spasme parfois dangereux, les malades n'ayant bien souvent qu'une surface respiratoire très limitée.

Nous ne doutons pas du reste que la méthode de Krause, récemment encore préconisée par Hering, ne soit bientôt délaissée non seulement comme inefficace, mais comme dangereuse (*Bolet. delle mal. dell'orech.. etc*, n° 3, mai 1886).

Tuberculose et syphilis du larynx et pharynx,
par M. le professeur de RENZI.

Cas très important et évident de syphilis du larynx et du pharynx sans lésions pulmonaires. L'examen micro-chimique démontra dans l'expectoration, recueillie directement du larynx, le bacille de Koch. L'auteur, se basant sur ce cas, étudie les formes de la tuberculose du larynx, la question de la tuberculose primaire de cet organe, les caractères distinctifs de la tuberculose et de la syphilis et la possibilité des deux infections dans le même individu. Il parle aussi de la possibilité de la guérison.

D^r CARDONE.

OREILLES.

Occlusion membraneuse du conduit auditif externe (*Membranous occlusion of the external auditory canal*), par le D^r H. ROTHEMOLZ.

Le malade, à l'heure actuelle âgé de vingt-cinq ans, était atteint depuis son enfance d'un écoulement purulent de l'oreille droite, probablement aussi de l'oreille gauche.

Vers l'âge de quinze ans, l'écoulement cessa tout à coup, et l'audition fut considérablement diminuée; plus tard, la surdité devint encore plus grande, et depuis un an il a des bourdonnements. Il n'a jamais éprouvé de douleurs.

L'acoumètre de Politzer est entendu des deux côtés à 30 centimètres. La perception cranienne, pour le diapason, est conservée des deux côtés. A droite, à la place de la

membrane du tympan, on voyait une membrane très lâche, que l'auteur prit d'abord pour le tympan lui-même. La douche d'air ne produisant aucune amélioration, l'auteur enlève cette membrane et à travers la plaie, séparée de la première de quelques millimètres, il aperçoit une seconde membrane, le vrai tympan, cette fois. L'auteur détruit complètement ce pseudo-tympan. L'audition fut considérablement améliorée, les bourdonnements cessèrent. Sur la membrane existaient deux perforations non cicatrisées. (*Arch. of otology*, mars 1886.)

D^r J. CH.

Moyen de faciliter l'extraction des corps étrangers de l'oreille chez les enfants indociles, par le D^r BORENCO.

Trouvant que le chloroforme est parfois dangereux à employer, l'auteur dit avoir extrait un morceau de crayon d'ardoise, de forme ronde, solidement fixée dans l'oreille d'un enfant avec une curette. L'enfant étant très indocile, il pria les aides de le lâcher et lui appliqua *en même temps un vigoureux soufflet*; profitant alors de son ahurissement il lui enleva *en un instant* le morceau de crayon.

Il s'agit seulement de savoir si tous les parents consentiraient à l'emploi de cette méthode. Si au lieu de cette curette, l'auteur se fût servi d'une simple seringue, ou autre appareil à injection, le résultat n'eût-il pas été aussi prompt, moins laborieux et moins effrayant! Enfin peut-on espérer toujours retirer le corps du délit avec assez de prestesse avant que l'enfant ne soit revenu de son *ahurissement*? (*Le Moniteur thérapeutique*, n° 9, 6 septembre 1886.)

Chancre mou de l'oreille moyenne (*Soft chancre of the middle ear*), par le D^r GURANOWSKI.

Le cas est fort curieux, peut-être unique dans la science. Il s'agit d'une femme atteinte de chancre phagédénique des parties génitales. La malade avait l'habitude de priser et fut atteinte d'ulcération de la cloison avec écoulement de pus abondant. La matière infectieuse passa sans doute du nez à l'oreille moyenne par la trompe. La malade devint sourde, souffrit de douleurs violentes, le tympan fut perforé et à

travers l'ouverture sortit une grande quantité de pus qui porta l'infection dans le conduit auditif. La malade fut traitée par l'iodoforme introduit dans le nez et l'oreille et par des injections d'eau chaude faites dans la caisse par la trompe. Elle guérit parfaitement et l'audition redevint normale. (*Méd. News*, 21 août 1886.) D^r J. CH.

Des relations du diabète sucré et des affections de l'oreille
(*On diseases of the ear in connection with diabetes mellitus*), par le
D^r SCHWABACH.

Un homme, âgé de quarante-trois ans, diabétique depuis 1870, vint, six ans plus tard, trouver le D^r Schwabach. Il se plaignait de douleurs dans l'oreille droite compliquées de bourdonnements et de surdité. La pression sur l'apophyse mastoïde était douloureuse. Otorrhée, perforation du tympan, plus tard, paralysies faciales; en raison du gonflement de l'apophyse mastoïdienne, on dut pratiquer une incision. L'affection de l'oreille guérit, mais quelque temps après, il mourut d'apoplexie.

Schwabach rapproche cette observation des cas publiés par Toynbee, Raynaud, Kirchner et décrite par ce dernier, sous le nom d'otite moyenne diabétique. Dans ces différents cas, l'otite survint brusquement sans cause appréciable; l'inflammation, en dépit du traitement, atteint toujours l'apophyse mastoïde, et s'y manifeste avec une grande violence. Mais dans les cas de ce genre, on ne doit toucher à l'apophyse mastoïde qu'à la dernière extrémité. (*Deutsch. med. Wochens.* N° 52, 1886 et *The Lond. med. Rec.* 16 août 1886.)

D^r J. CH.

VARIA.

Les effets de la thyroïdectomie totale. « Cachexia strumipriva. » Les injections iodées.

Les Reverdins, sous le nom de *cachexia strumipriva* ou sous celui de myxœdème opératoire, ont décrit les accidents bizarres qui accompagnent très souvent les extirpations totales et mêmes partielles du corps thyroïde. Kocher (de Berne) a

confirmé les assertions des deux chirurgiens genevois. Il en résulte qu'au point de vue pratique, la thyroïdectomie totale n'est plus une opération physiologiquement permise (A. Broca). Il reste donc la thyroïdectomie partielle ou mieux le traitement par les injections iodées.

Avant de pratiquer l'injection on enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz séparée du corps de pompe et l'on s'en sert comme d'un trocart. Alors :

1° Ou il s'écoule du sang et on doit craindre d'avoir pénétré dans une veine ; on retire la canule et on la replonge dans un autre point ;

2° Ou il s'écoule un liquide brun, verdâtre, on est dans une cavité kystique ; on laisse écouler ce liquide et on fait l'injection ensuite ;

3° Ou bien il ne sort ni sang, ni liquide kystique ; on attend un instant, puis on pratique l'injection.

En règle générale, on doit commencer par de faibles doses de teinture d'iode pure, douze à quinze gouttes ; on pourra aller jusqu'à 1 gramme plus tard. Quelquefois une seule injection suffit. Dans certains goitres gros et anciens, il faut aller jusqu'à 50 ou 60 injections, en moyenne 9 injections suffisent. (*La thérap. contemp. Med. et Chir.*, 22 octobre 1886.)

D^r J. CH.

D'une variété nouvelle de kystes du cou (*Kystes crico-thyroïdien*),
par Paul Blocq, interne des Hôpitaux.

Le but que se propose l'auteur, dans ce travail, c'est de chercher à montrer, sous une physionomie particulière, le kyste crico-thyroïdien, qu'il va s'efforcer de différencier de ses congénères. Il rapporte à cet effet, trois observations : la première concerne un kyste crico-thyroïdien congénital constaté chez une jeune fille de seize ans. Sans antécédents héréditaires ou personnels. Sa tumeur, toute petite dès le début, aurait augmenté progressivement, et ce sont seulement des raisons d'esthétique qui l'amènent à l'hôpital. Tout au plus, existe-t-il un peu de gêne à la déglutition, une légère raucité de la voix occasionnée par la tumeur

adhérente au larynx dont elle suit les mouvements.

Il s'agit, dans le second cas, d'un kyste crico-thyroïdien suppuré chez un tuberculeux. Deux mois auparavant, sans cause appréciable, s'était montrée une petite tumeur, qui a grossi insensiblement, sans douleurs ni changement de la coloration de la peau. Il existe de la fluctuation, de la gêne de la déglutition, de la raucité de la voix, des accès de suffocation à la suite des quintes. La tumeur est adhérente au larynx dont elle suit les mouvements. Une incision cruciale donne issue à 30 grammes de liquide environ : il s'ensuit une détente des signes fonctionnels, mais les phénomènes laryngés, raucité de la voix, accès de toux, persistent.

Le troisième kyste crico-thyroïdien, dont M. Blocq rapporte l'observation, s'est rencontré chez une femme âgée de quarante ans, dont les antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt. Sa tumeur avait débuté un an auparavant; jamais elle n'avait occasionné de douleurs; mais lors de son arrivée à l'hôpital, elle venait solliciter une intervention à cause de la gêne qu'elle éprouvait. La tumeur située sur la ligne médiane adhérait au larynx dont elle partageait les mouvements. La malade ayant été opérée, put sortir 17 jours après; mais, deux mois et demi plus tard, elle revenait avec une dyspnée très vive, à accès paroxystiques rapprochés. Deux jours après on était contraint de pratiquer la trachéotomie; mais il ne survint aucune amélioration et la malade mourut le soir même avec un emphysème généralisé. A l'autopsie, on trouva du côté du larynx une altération de la muqueuse, due à l'œdème purulent du tissu sous-muqueux. La membrane crico-thyroïdienne présente les traces du travail de suppuration dont elle a été le siège.

Après avoir relaté ces trois observations, M. Blocq donne un aperçu historique où il montre l'omission faite par les auteurs de la variété de kystes dont il parle.

Ces kystes sont caractérisés par leur siège, leurs rapports et un *processus évolutif* spécial. Dans tous les cas, les kystes ont paru purement séreux; uniloculaires, sans adhérences superficielles. Leur siège, toujours le même, est le ligament

crico-tyroïdien, c'est dire quels rapports ils peuvent affecter. Les trous dont est percé le ligament crico-thyroïdien permettent de comprendre la propagation de l'inflammation de dehors en dedans ou inversement et expliquent en même temps les anomalies évolutives de ces néoplasmes.

Ces kystes peuvent être congénitaux ou acquis; il serait actuellement difficile d'en déterminer les causes exactes. On pouvait les supposer formés aux dépens d'une synoviale accidentelle, située au-devant de la membrane crico-tyroïdienne, Il paraît plus juste à l'auteur de les voir provenir d'une érosion séreuse formée sous l'influence de mouvements continus, dans le tissu cellulaire, et s'accusant parfois jusqu'à devenir un kyste.

Lentement développées, ces tumeurs ne se révèlent aux malades, qu'alors qu'elles ont acquis un volume assez considérable. A ce moment, elles donnent lieu à deux sortes de symptômes : les uns fonctionnels, les autres physiques, beaucoup plus importants.

Au point de vue diagnostique, l'auteur signale les différentes tumeurs de la région qui peuvent être confondues avec celles qu'il étudie; il rappelle en outre que dans la région médiane du cou, n'existent que deux productions kystiques : 1° Les kystes pré-thyroïdiens, assez rares; 2° les kystes hyo-thyroïdiens.

Les procédés curateurs seront ici : la ponction simple ou suivie d'injection iodée, l'incision et l'excision. Il faut savoir rester dans l'expectative lorsque la tumeur ne provoque pas d'accidents.

Les conclusions auxquelles arrive M. Blocq à la fin de son travail sont les suivantes :

1° Existence d'une variété de tumeurs dites kystes : crico-thyroïdiens;

2° Communication possible de ces kystes avec la membrane de revêtement du larynx au moyen de tissus musculaires;

3° Existence congénitale possible de ces kystes;

4° Provenance probable d'une bourse séreuse située dans le tissu cellulaire;

5° Ils ont un caractère symptomatique qui est la raucité de la voix ;

6° Ils peuvent déterminer dans certains cas des accidents graves, toujours, à cause de leur contiguité avec le larynx ;

7° En présence d'une semblable complication reconnue, l'intervention chirurgicale curative ne sera tentée qu'en cas d'urgence absolue.

8° On donnera la préférence à la ponction suivie de compression ; n'avoir recours à l'incision qu'en dernier lieu (*Gazette méd. de Paris*, n° 12, 13, 16 et 17, 1886).

M. NATIER.

Tumeur du corps thyroïde, mort, autopsie, par M. GUILLET.

Goître remontant à cinq ans, chez une femme de trente-sept ans, soumis à un traitement prolongé par les injections interstitielles de teinture d'iode ; diminution du goître ; cessation du traitement pendant un an et demi ; puis, apparition de phénomènes douloureux et inflammatoires au niveau de la tumeur ; mort au bout de six mois. A l'autopsie, tumeur développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde constituée par une grande poche unique, dont la paroi très épaisse en avant, mince en arrière, est formée par des tissus fibreux, présentant des points de calcification ; cette poche contient une quantité considérable de fibrine coagulée. Nous insisterons, dit l'auteur : 1° sur la nature de la tumeur, véritable poche anévrysmale développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde ; 2° sur le traitement spécial auquel avait été soumise la tumeur un an avant l'apparition des phénomènes douloureux et inflammatoires (*Le Progrès Méd.* 9 oct., 1886).

D^r J. CH.

Du goître exophtalmique.

Le D^r J. HUTCHINSON rapporte un cas de guérison chez un malade ayant présenté pendant plusieurs années, les symptômes caractéristiques ; une albuminurie concomitante a aussi complètement disparu. Il n'existe actuellement qu'un peu d'intermittence du pouls et de tuméfaction de la glande thy-

roïde. Plusieurs remèdes ayant été employés, il serait difficile de dire quel a été le plus utile.

L'albuminurie serait assez fréquemment constatée, elle peut n'apparaître que le matin.

Pronostic très incertain, mais nullement plus grave chez l'homme que chez la femme, ainsi que l'a affirmé Niemeyer. Le goître exophtalmique ne se développe presque jamais pendant la grossesse.

Comme remèdes internes, bromure de potassium, aconit, digitale et fer; contre l'exophtalmie, applications de glace aux tempes, à la nuque et sur le front.

M. BRISTOWE a vu un cas de goître exophtalmique dû au froid prolongé, un autre occasionné par la syphilis. Il a eu encore à saigner une jeune femme atteinte d'exophtalmoplégie externe avec ptosis et exophtalmie. Dans un cas, le goître gênait considérablement la respiration et provoquait des accès d'étouffement très pénibles; la mort survint pendant une de ces attaques. Chez une jeune femme atteinte de goître exophtalmique et de lésions valvulaires avancées, la section de l'isthme thyroïde fut pratiquée par Sidney-Jones qui obtint un résultat complet; mais au bout de quatre mois, la malade succombait à son affection cardiaque.

M. WILSK a pu noter assez souvent une tendance à l'amaigrissement, aux sueurs profuses et à la diarrhée; le symptôme le plus constant est l'accélération des battements du cœur. Pour lui, le goître est surtout fréquent chez les jeunes femmes anémiques. Il ne guérit pas sans traitement; on doit le combattre par la belladone, le fer, l'iodure de potassium et la digitale.

M. HUGHLINGS JACKSON a vu le lobe droit plus souvent tuméfié que le gauche; il voit là un rapprochement avec l'action prédominante chez certains animaux du pneumo-gastrique droit sur le cœur.

M. FITZGERALD n'a jamais observé les pulsations de l'artère centrale de la rétine décrites par de Wecker; celles des veines au contraire se voient facilement. Au point de vue du pronostic, les cas les plus favorables sont ceux où l'on voit manquer un ou plusieurs symptômes.

M. West estime qu'il existe un cas de goffre exophtalmique sur mille malades; dans les deux tiers des cas, la maladie débute à 30 ans, la proportion des hommes aux femmes est d'environ 3 à 49. Les symptômes peuvent exister tous à la fois ou n'apparaître que successivement. Les pupilles, contrairement à l'opinion de Grœf, peuvent être dilatées.

Dans un cas il a noté de la coloration de la peau; sept fois il a remarqué des oscillations inexplicables de la température. En général, sans cause apparente, la maladie est assez souvent précédée d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Durée variant de deux mois à neuf ans.

M. HIGGINS a décrit un cas où on s'était résolu à l'occlusion de la fente palpébrale pour obvier à la gêne occasionnée par l'exophtalmie. La malade succomba pendant l'anesthésie, le cervical sympathique était épaissi.

M. JESSOP fait remarquer que les symptômes du goffre exophtalmique peuvent être exagérés au moyen de la cocaïne quand ils ne sont que peu nets ou incomplets (*Lettres d'Angleterre*, in *S. Med.*, du 19 mai 1886. M. NATIER.

De la nature de la coqueluche et description d'un nouveau mode de traitement inauguré par le prof. Moncorvo, de Rio-de-Janeiro (*On the nature of Whooping-cough with a description of a new mode of treatment introduced by professor Moncorvo of Rio de Janeiro*), par le Dr William H. BARTOW.

L'auteur fait l'historique des différentes théories qui ont été successivement émises sur les causes de la coqueluche et sur les divers modes de traitement mis en usage pour la combattre. La nature parasitaire de cette affection a été soutenue par un grand nombre. Le professeur Moncorvo, partant de cette idée, soumit à l'examen microscopique les matières expectorées par les malades. Dans les matières expectorées, il découvrit une grande quantité de petites masses jaunâtres, irrégulièrement arrondies, d'autant plus abondantes, que la maladie en était arrivée à son plus haut degré et dont le nombre diminuait en même temps que celui des quintes de toux. Soumises à l'examen microscopique sans

addition d'aucune substance colorante, ces masses apparurent formées de cellules épithéliales polyédriques, irrégulières, nucléées de globules de pus, de globulins et d'une quantité considérable de micrococci. Tous ces éléments étaient enfermés au sein d'une matière amorphe, très gluante, constituant une gangue à ce magma. Les cellules épithéliales affectaient différentes grandeurs et des formes diverses. Elles étaient toutes munies d'un noyau qu'on constatait. Chose remarquable, dans l'intérieur des cellules, on trouvait en très grand nombre de véritables spores de micrococcus, très petits et fort brillants. Les micrococci, accolés entre eux, formaient de véritables chaînes ou des chapelets, ou bien étaient isolés et distants. Leur abondance devenait bien plus marquée, lorsque la préparation était colorée au picocarmin ou au violet de méthyle. Les micrococci étaient bien moins nombreux dans les matières expectorées par les sujets chez lesquels la coqueluche était à son début, ou touchait à sa fin.

La nature parasitaire de la coqueluche une fois admise, on devait être amené tout naturellement à la combattre à l'aide des antiseptiques. L'acide phénique fut employé en inhalations et Parrot le considère comme un remède héroïque, sinon comme un spécifique de la coqueluche. Tordeus en Belgique, fit usage du benzoate de soude. Keuster employa les inhalations de thymol : les sels de quinine, ont été employés, eux aussi, surtout en Amérique. Moncorvo, le premier, fit usage de solution de résorcine, à 1 p. 0/0. Il l'employa en badigeonnage du pharynx et du larynx, faits à l'aide d'un pinceau. Au début, les crises augmentent en nombre et en durée, mais au bout de trois ou quatre jours, elles diminuent rapidement.

L'auteur a traité de cette façon cinquante malades ; dans ce nombre, plusieurs présentaient de graves complications (broncho-pneumonie, bronchite, hémoptysie, pleurésie purulente, etc.), avec un succès complet. Voici quelles sont ses conclusions : 1^o La coqueluche doit être rangée parmi les maladies déterminées par l'irritation causée par la présence

de parasites; 2° cette irritation est due à des micrococci qui se reproduisent en grand nombre sur la muqueuse du larynx et du pharynx, infiltrent les cellules épithéliales qui paraissent être particulièrement le siège de leur reproduction et de leur développement; 3° la résorcine en solution à 1 ou 2 p. 0/0, appliquée directement sur les muqueuses de ces organes, dans tous les cas où elle a été employée, s'est montrée très efficace pour diminuer le nombre des accès et finalement amener la guérison de la maladie.

En terminant, l'auteur fait observer qu'on pourrait substituer à la résorcine, l'orcine. Cette dernière substance possède toutes les propriétés de la résorcine sans en avoir les inconvénients (*The Lancet*, 8, 15, 22 mai 1886). D^r J. CH.

Un cas de rétrécissement de l'œsophage,

Par M. le D^r BOVET.

L'auteur rapporte une observation de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, traité par la dilatation. Il conclut en réunissant les faits saillants de cette observation, à savoir que :

1° Chez ce malade, qui avait eu des hémorragies spontanées antérieures, le cathétérisme n'a provoqué aucune nouvelle perte de sang ;

2° Que la sensation douloureuse provoquée par le passage de l'olive ou des aliments au point rétréci, c'est-à-dire vers le tiers moyen de l'œsophage, était toujours rapportée par la malade à l'entrée du pharynx ;

3° Que l'emploi de la cocaïne a facilité sensiblement le cathétérisme ;

4° Que le traitement par la dilatation progressive a procuré à la malade, qui se voyait condamnée à mourir de faim, plus de sept semaines de survie (*Union médicale*, 26 mai 1886).

D^r J. CH.

Cautérisation des ulcérations de la langue dans la coqueluche, par le D^r GAY.

L'auteur a obtenu la guérison de la coqueluche simplement par la cautérisation des ulcérations de la face inférieure de

la langue. Il cautérisa les ulcérations au nitrate d'argent et fit un badigeonnage de la bouche avec la matière suivante : Miel blanc, 30 grammes, acide chlorhydrique, 30 grammes. Il suffit, dans le cas rapporté, de quatre cautérisations suivies de quatre badigeonnages pour guérir le malade. (*Gaz. des Hop.*, 10 juillet 1886.) Dr J. CH.

Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage, par M. Boisvert, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit d'un enfant né avant terme d'une mère manifestement strumeuse. Dès qu'il prenait le sein, il présentait des symptômes d'asphyxie. Il mourut le neuvième jour. A l'autopsie on trouve à la partie inférieure et postérieure du pharynx au niveau des cartilages aryténoïdes un orifice plus petit que ne l'est l'orifice supérieur de l'œsophage, qui conduisait dans un cul-de-sac situé en arrière de la trachée et en avant de la colonne vertébrale, dilaté à sa partie moyenne, ayant une longueur de quatre centimètres. C'était là ce qui constituait la partie supérieure de l'œsophage.

A la bifurcation de la trachée on trouvait un conduit dans la direction même de l'axe trachéal qui, après une étendue de trois centimètres et demi débouchait directement dans l'estomac, c'était la seconde partie de l'œsophage (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 octobre 1886). Dr J. CH.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- A. H.** — Origine et parcours des nerfs gustatifs de la partie antérieure de la langue (Lettre suisse in *Sem. médic.*, 29 décembre 1886).
- Amicis (de)**, rédigé par Ducrey. — Sur un cas rare de sténose pharyngée due à une syphilis constitutionnelle (*Rivista clin. e terapeut.*, nos 41 et 42, novembre et décembre 1886).
- Ariza (R.)**. — Pharyngite tuberculeuse aiguë (*Anales de Otol. y lar.*, etc., n° 10, 1886).
- Balfour-Graham**. — Langue noire (*Brit. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).
- Beall**. — Paralysie consécutive à l'amygdalite (St-Louis, *Med. and Surg. Journ.*, 1886, I, p. 279).

- Bockhart (M.). — Cocalne comme remède anodin dans la stomatite mercurielle (*Monatssch. f. prakt. Dermat. Hambourg*, 1886, V, p. 65-70).
- Bourrée. — Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale (*Thèse Paris*, décem. 1886).
- Degle. — Contribution à l'étude de la glossodynie ex foliative (*Wien. Med. Presse*, 21 nov. 1886).
- Ducroy. — Cas rare de sténose pharyngée syphilitique, contribution anatomo-pathologique à l'étude de la syphilis (*Rivista clin. terap.*, nos 11 et 12, Naples 1886).
- Dudley S. Reynolds. — Scrofulose pharyngo-tonsillaire (*The med. and surg. Reporter*, 27 nov. 1886).
- Feurer. — De la tuberculose de la langue (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.*, n° 16, 1886).
- Freundenberg (A.). — Du muguet chez l'adulte sain (*Centralbl. f. Klin. Med.*, n° 46, 27 nov. 1886).
- George-Arthur. — Un nouveau mode de traitement des divisions de la voûte palatine (*Arch. di ortopedia analy. in Gaz. med. di Roma*, 15 nov. 1886, p. 520).
- Haig-Brown. — De l'amygdalite des adolescents (Londres, 1886).
- Hourtaux. — Epithélioma de la langue (*Soc. anat. de Nantes*, 8 décembre et *Gaz. med. de Nantes*, 9 janvier 1887).
- Hublé. — Suicide par coup de feu dans la bouche (*Soc. de méd. légale*, 10 janvier; *Anal. in Sem. med.*, 12 janvier 1887).
- Illingworth. — Fissures de la langue (Correspondance de *The Lancet*, 4 déc. 1886, p. 1108).
- Jacobi. — De l'amygdalite folliculaire (*The med. Rec.*, 27 nov. 1886 et *Discuss. in N.-Y. acad. of med.*, 16 nov., p. 609).
- Jesset (P.-B.). — Du cancer de la bouche, de la langue et du canal alimentaire (J. et A. Churchill, édit., Londres 1886).
- Lecercf. — Corps étranger du pharynx (*Bullet. med. du Nord*, n° 10, octobre 1886).
- Morales-Perez. — Kyste du sinus maxillaire; résection partielle de cet os, guérison (*Gaceta med. Catalana*, 15 janv. 1887).
- Orwin. — Syphilis héréditaire de la langue (*Brit. Med. Journ.*, 1^{er} janvier 1887, p. 16).
- Owen (Ed.). — Deux cas de division de la voûte palatine (*The Lancet*, 11 déc. 1886, p. 1129).
- Paget (St.). — Tumeurs du palais (*Path. soc. of London et The Lancet*, 11 déc. 1886).
- Steward (F.). — La bouche (James M. Geachy, édit., Glasgow., 1886).
- Sommerbrodt. — De l'hydrargyrisme localisé dans le pharynx (*Berliner klin. Wochensh.*, n° 47, 22 nov. 1886).
- Sullivan. — Kyste de la langue (*Physic. and Surg. Ann. Arbor. Michigan*, 1886, VIII, p. 302).
- Swain. — Des glandes sébacées de la base de la langue et de leur hypertrophie (*D. Arch. f. Klin. Med.*, XXXIX, 5 et 6).
- Thorburn. — Epithélioma de la langue (*The Brit. Med. Journ.*, 1^{er} janvier 1887, p. 18).

Verneuil. — Epithéliomas de la langue, leur ablation (*Soc. de Chir.*, 24 novembre 1886).

Wheeler. — Pharyngocèle et dilatation du pharynx avec un diverticulum de la partie inférieure du pharynx, suivant le bord postérieur de l'œsophage, pharyngotomie, guérison (1^{er} cas de ce genre) (*The Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1^{er} nov. 1886).

White (J.). — Résultat des travaux faits à l'infirmerie de Richmond sur les maladies des yeux et de l'oreille, de la gorge et du nez (*Journ. of Améric. Med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 580).

Viard. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge (*Thèse Paris*, 1887).

Vignal. — Recherches sur les micro-organismes de la bouche (*Arch. de Physiol.*, 15 nov. 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Allen. — De l'asthme, ses causes et son traitement (*Americ. rhinolog. Assoc.*, 5 octobre 1886).

Allen. — Effets de la variole sur la membrane muqueuse des voies aériennes supérieures (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre 1886).

Aschenbrandt. — Le rôle du nez dans la respiration (In-8°, Wurzburg, 1886).

Bargellini. — De la prophylaxie de l'éternuement et de l'épistaxis (*Arch. Internaz. di lar. ot., etc.*, fasc. IV, 15 décembre 1886).

Bassompierre. — Note sur un cas de polype muqueux du nez, emploi de la cocaïne comme anesthésique; avantages, inconvénients (*Arch. de Méd. et pharm. mil.*, Paris, 1886, VII, p. 482-484).

Baum (Ch.) — Symptômes d'empoisonnement par suite de l'emploi de l'atropine dans le coryza aigu (Correspondance du *Philadelphia Med. Times*, 25 déc. 1886).

Benda. — Démonstration d'un cas d'« hyperrhinencéphalie » (nom donné à un vice de conformation qui consiste dans une hypertrophie des nerfs olfactifs) (*Berliner med. Gesellsch.*, 1^{er} déc., *Berl. Klin. Wochensch.*, n° 5, 20 déc. 1886).

Beverley Robinson. — Contribution à l'étude de la fièvre de foins (*Medic. News*, 17 juillet 1886).

Bianchi. — Sur les variétés de l'os onguis et sur les os accessoires des fosses lacrymales et du canal nasal de l'homme (*Gazet. degli Ospitali*, 21 et 28 novembre 1886).

Bouilly. — Polypes naso-pharyngiens (*Gaz. des Hôpt.*, 8 janvier 1887).

Bride (M.). — Végétations adénoïdes (*Med. Chir. Soc. of Edimb.*, 7 avril et *Edimb. med. Journ.*, août 1886, p. 161).

Brown. — De l'acide chronique et de l'acide trichloro-acétique dans le traitement des hypertrophies de la cavité pharyngo-nasale, (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, n° 5, novembre 1886 et *Amer. rhinol. Assoc.*).

Brydon (J.). — Tamponnement des fosses nasales postérieures (*Brit. med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Calmettes. — De l'épistaxis, diagnostic local et traitement (*Bull. soc.-m'd. prat. de Paris*, (1881-5), 1886, I, p. 21-27).

Carpenter. — Abus de l'uvulotomie et de l'amygdalectomie, élongation de la luette et hypertrophie des amygdales, suite du catarrhe naso-pharyngien chronique (*Amer. rhinol. Assoc.*, 6 octobre 1886).

- Chatellier.** — Polype fibre-muqueux des arrières narines, morcellement et extirpation, examen histologique (*Revue mens. de laryng.*, n° 12 et *Annales des mal. de l'or.*, etc., n° 12, 1886).
- Collet.** — Etude sur les végétations adénoïdes (*Thèse de Lyon*, 1886).
- Cornil.** — Sur l'étiologie du rhinosclérome (*Journ. des Conn. méd.*, 23 décembre 1886).
- Cresswell-Baber.** — Examen antérieur des fosses nasales (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).
- Donaldson (F.).** — Traitement des polypes du nez et des hypertrophies de la muqueuse (*Virginia med. Monthl.* Richmond, nov. 1886, n° 40).
- Donaldson (F.).** — Opération des polypes naso-pharyngiens par l'électrolyse (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 581).
- Fasano.** — De l'epistaxis (*Arch. internaz. di lar. otol. etc.*, fasc. IV, 15 décembre 1886).
- Ferri (G.).** — Des phénomènes réflexes d'origine nasale et injections sous-muqueuses de cocaïne (Rome, 1886).
- Fink.** — Quelques points relatifs au conduit naso-pharyngien (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).
- Forest Willard (de).** — Sarcome embryonnaire de la fosse nasale (*Philadelphia Acad. of surg.*, compte rendu in *Philadelphia med. Times*, 27 novembre 1886).
- Gongora.** — Contribution à l'étude des affections considérées comme des états hyperémiques du tissu caverneux des cornets inférieurs (*Rivista de lar. otol.*, etc., déc., n° 6, 1886).
- Gordon.** — De l'importance de reconnaître et de traiter le catarrhe naso-auriculaire (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 octobre 1886).
- Grady (H.).** — Affections de la voûte du pharynx (*Chicago Med. Soc.*, 6 déc. et *Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 1^{er} janv. 1887).
- Grandmaison (E. de).** — Epistaxis, tamponnement avec une boule de caoutchouc (Correspondance de l'*Union méd.*, 23 nov., n° 158).
- Grazzi (Vitt)** — Parosmie, ses causes, et son traitement (*Bollet. delle malatt. dell' Orec.*, etc., n° 1, janvier 1887).
- Hamaker.** — Un cas de polype du nez (*Cleveland Med. Gaz.*, 1885-6, I, 399-402).
- Hamilton (J.).** — Tumeur de l'antre d'Higmore compliquée de polype du nez (*Med. soc. of Colombia*, 27 oct. et *Journ. of Amer. méd. Assoc.*, 4 décembre 1886).
- Hendley (Th.).** — Calcul du nez (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).
- Hendrix.** — Rhumes de la première enfance; comment on les prend et comment on les prévient (*Americ. rhinol. Assoc.*, et *St-Louis Med. and surg. Journ.*, n° 5, nov. 1886).
- Hobbs.** — Des scarifications dans les hypertrophies nasales (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).
- Hubbelle.** — Sténose congénitale du nez (*N.-Y. state med. Assoc.*, 17 nov. *N.-Y. med. Journ.*, 27 nov. 1886).
- Jacobson (Nathan).** — Tumeur naso-pharyngienne (*N.-York state med. Assoc.*, 16 nov., compte rendu in *N.-Y med. Jour.*, 27 nov. 1886).
- Jérard.** — Nécrose des os du nez (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 oct. 1886).

- Jurass.** — Du sondage du sinus frontal (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 3, 1887).
- Klein (de Dayton).** — La rhinologie du passé et de l'avenir (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).
- Klein (Carl. H. Von).** — La rhinologie passée et future (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 18 déc. 1886).
- Labus.** — Méthode pour faciliter l'ablation des polypes muqueux du nez (*Gazetta degli ospitali*, an VIII, n° 3, 1887).
- Lazarus.** — Du traitement de l'asthme (*Soc. méd. de Berlin*, 8 déc. 1886).
- Lasarus.** — Du traitement de l'asthme (discussion) (*Berliner Klin. Wochen.* n° 52, 27 déc. 1886).
- Levy (E.).** — Des végétations adénoïdes de la cavité nasale (*Revue Med. de l'Est.*, fasc. n° 7, 4^e janv. 1887).
- Lowry.** — Des déviations de la cloison (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 47, 22 nov. 1886).
- Logan.** — Sur une forme d'inflammation catarrhale atrophique et hypertrophique combinées, qui n'a pas encore été décrite (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, n° 5, nov. 1886).
- Maas.** — Des différentes méthodes pour enlever les corps étrangers des fosses nasales (Wurzburg, 1885, chez Stabel, extrait des *Sitzungsber d. phys.-med. Gesellschaft zu Wurzburg*).
- Major.** — Nouveau serre-nœud pour le nez (*The Lancet*, 4 déc. 1886).
- Marks.** — Nouveau traitement de la diphtérie (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 oct. 1886).
- Marshall (S.).** — Une dent de sagesse sortie par voie nasale avec remarques (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 nov. 1886, n° 19).
- Matthews.** — L'Hay fever est-elle une maladie *per se* (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 oct. 1886).
- Mays (Th.).** — Réflexes d'origine nasale. Nouvelle méthode pour déterminer l'action locale sensitive des médicaments. Note préliminaire. (*Med. News*, 20 nov. 1886).
- Monastyrski.** — Un cas d'extirpation du maxillaire supérieur et de la fosse nasale droite (*Soc. des médecins de Pétersbourg*, 13 mai, in *Petersb. Med. Wochenschr.*, n° 41, 1886).
- Moure (E. J.).** — Névroses réflexes d'origine nasale (*Soc. de méd. et de chir.*, et *Journal de méd. de Bordeaux*, 19 et 26 déc. 1886).
- Moure (E. J.).** — Un cas de scrofule des fosses nasales de la voûte palatine et du larynx (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux* et *Journal de méd. de Bordeaux*, 2 janvier 1887).
- Munk.** — Un cas de spasme sternutatoire, guérison par la cocaïne. (*Wien. med. Presse*, n° 51, 19 déc. 1886).
- Noquet.** — Considérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, nov. 1886).
- North (J.).** — Du catarrhe naso-pharyngien chronique cause de névrosisme (*Americ. rhinol. Assoc.*, 5 octobre 1886).
- Raaf (B.).** — Du traitement de l'asthme d'origine nasale (chez Haupt Mann, 27 pages, Bonn, 1886).
- Rossi.** — Les polypes naso-pharyngiens et l'électrolyse (Rome, 1886).
- Rumbold.** — Du traitement de l'Hay fever « pruritic catarrh » (*Amer. rhinol. Assoc.*, 7 oct. 1886).

- Rumbold (F.).** — Influence du coryza chronique sur la conjonctive (St-Louis, *Med. and surg. Journ.*, n° 5, nov. 1886).
- Rumbold.** — Hygiène spécial des asthmatiques et de ceux qui sont atteints de fièvre de foin (*The Americ. pract. and News*, n° 25, 11 déc. 1886).
- Rumbold (Th.).** — Procédés chirurgicaux pour guérir la fièvre de foins (*Journ. of. the Amer. Med. Assoc.*, 1^{er} janv. 1887).
- Schaeffer (M.).** — Communications rhinologiques (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, n° 11, 1886).
- Schmidt.** — Rhinoscopie. Cours manuel pour médecins et étudiants (Petersbourg, 1886, 60 pages).
- Schoets.** — Exhibition d'un rhinolite (*Soc. méd. de Berlin*, 15 déc. 1886).
- Verdos.** — Dates cliniques pour l'histoire de la syphilis du nez et de l'oreille (*Anal. de Otol. y lar.*, nos 10 et 11, 1886).
- Woltering.** — Opération d'un rétrécissement osseux des fosses nasales à l'aide d'une pince ostéotome coupante (*Monatsschr. h. Ohrenheilk.*, n° 10, octobre 1886).
- Wright.** — Sur quelques formes d'obstruction nasale (*Manchest. med. chi.*, juillet 1886).
- Wyss (A. S.).** — Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène (Genève, Rivera et Dubois, 1886).
- Ztem.** — Des accidents névralgiques et nerveux qui accompagnent les affections nasales et pharyngées (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nos 8 et 9, août et septembre 1886).
- XX.** — Hyperplasie et hypertrophie nasales (St-Louis, *Med. Journ.*, n° 5, nov. 1886).

Larynx et Trachée.

- Amory de Blois (Th.).** — Cas d'abcès du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 18 déc. 1886).
- Ariza (R.).** — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire (*Anal. de Otol. y lar.*, n° 11, 1886).
- Ariza.** — Pharyngite tuberculeuse aiguë (*Revista de Med. y Cirurg.*, 7 décembre 1886).
- Barbier (H.).** — Déterminations tardives de la rougeole sur le larynx (*Revue des Maladies de l'enfance*).
- Beerton.** — Un cas de corps étranger du larynx. Trachéotomie rapide. Guérison (*Australian Med. Gaz. Sydney*, 1885-6, V, p. 279).
- Bouchut.** — Tubage du larynx (*Paris Med.*, 8 janvier 1887).
- Bride (M').** — Affections peu communes de l'oreille, du nez et du larynx (*Edimb. Med. Journ.*, mai 1886).
- Carmichael (J.).** — Du catarrhe bronchique des enfants (*Edimb. Med. Journ.*, octobre et novembre 1886).
- Chatain.** — Tubage du larynx dans le croup (*The Americ. pract. news*, 13 novembre 1886).
- Colcott-Fox.** — Lupus du larynx (*Med. Soc. of London. The Lancet*, 25 novembre 1886).
- Colles.** — De la sténose de la trachée consécutive à la trachéotomie faite pour le croup et la diphthérie (*Ann. surg. Saint-Louis*, 1886, III, p. 499-507).

- Fraenkel (B.). — Premier cas de guérison d'un cancéroïde laryngé par l'extirpation par les voies naturelles (*Arch. f. klin. chir.*, XXXIV, p. 280-286).
- Dudley (S.) Reynold. — Ulcération syphilitique du larynx (*The med. and. surg. Report.*, 27 novembre 1886).
- Ewart. — Dyspnée occasionnée par la compression exercée par les ganglions bronchiques hypertrophiés (*The Lancet*, 1^{er} janvier 1887, p. 23).
- Garel. — De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix canuchotde et de l'aphasie hystérique (*Prov. med.*, 25 décembre 1886).
- Godet (C.-E.). — Résultat de l'intervention chirurgicale dans quelques carcinomes (larynx, tube digestif, utérus) (*Thèse*, 40 décembre 1886).
- Gussenbauer. — Cas de sténose laryngo-trachéale (*Soc. des médecins Allemands de Prague*, 5 novembre 1886).
- Hamon du Fougeray. — Des injections rectales gazeuses. Modifications (*Gaz. des Hôp.*, 27 novembre 1886).
- Harison et Lunn. — Brûlure du larynx chez un enfant, trachéotomie, guérison (*The Lancet*, 18 décembre 1886).
- Hartmann. — De la trachéotomie dans la première enfance (*Archiv. de med. y chirurg. de los niños*, n° 23, 30 novembre 1886).
- Herff (O.). — Contribution à l'étude des observations laryngoscopiques dans la coqueluche (*Deutsch Arch. f. klin. Med.*, XXXIX Bd, Heft 3 et 4).
- Hatton. — Hémorragie de l'artère innominée après la trachéotomie (*Brit. Med. Journ.*, 4 décembre 1886, p. 1102).
- Hope. — Modification de l'opération dans les sténoses laryngées d'origine paralytiques (*The N.-Y. Med. Journ.*, 20 novembre 1886).
- Haner O Bates. — Tubage du larynx chez un enfant de neuf mois, guérison (*The Med. Rec.*, 18 octobre 1886).
- Jarvis (W.-Chap.). — Nouvelle méthode pour enlever les tumeurs sous-glottiques, avec une observation (*The N.-Y. Med. Journ.*, 27 novembre 1886).
- Juan B. Justo. — Plaie pénétrante du larynx (*Revista Argentina de cienc. med.*, n° 8, août 1886).
- Jurass. — Un morceau d'os dans le larynx d'un enfant de vingt-deux mois et extrait à l'aide du laryngoscope diagnostique (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, décembre 1886).
- Knight. — Un cas de périchondrite du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 1^{er} janv. 1887).
- Köhl. — Perforation de la paroi postérieure du larynx par un bouton avalé. Sténose laryngée. Trachéotomie pour un croup supposé. Mort par inanition (*Schweizer Correspondenzbl.*, 1886, p. 627).
- Koretski. — Opérations dans les cas d'obstruction des organes respiratoires (*Chir. Vestn K.*, Pétersbourg, 1886, II, p. 415, 429).
- Lemmander. — Trachéotomie avec le thermocautère de Paquelin (*Svens. Läk, Sällsk. n. Handl.*, Stockholm, 1886, p. 137-170).
- Lloyd (Jordan). — Extirpation du larynx, sans trachéotomie préalable (*The Lancet*, 15 janv. 1887).
- Lublinski. — Laryngite sèche (*Deutsche med.*, Ztg, n° 99, 9, déc. 1886).
- Lublinski. — De l'iode dans la tuberculose laryngée (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 29 nov. in *Deutsche med. Ztg.*, n° 99, 9 déc. 1886).
- Mac Coy (H.). — Papillomes du larynx (*The med. and. surg. Report.*, 20 nov. 1886).

- Mac-Coy (Alex.).** — Le galvano-cautère dans le traitement des papillomes du larynx (*Med. News*, 1^{er} janv. 1887).
- Mackenzie (J.) et Cotterill.** — Sur un cas de tumeur intra-trachéale (*Discus. à la méd. chir. Soc. of Edimb. anal.*, in *Edimb. med. Journ.*, juin et août 1886, p. 163).
- Maclaren.** — Brûlure du larynx et de la trachée (pièces anat. in *Edimb. med. Journ.*, oct. 1886, p. 343).
- Major (G.).** — Injection sous-muqueuse d'acide lactique pour guérir les premières périodes de la phthisie laryngée (*Montréal med. chir. Soc.*, 22 octobre et *Med. News*, 13 novembre 1886).
- Major.** — Prolapsus des ventricules du larynx (*The N.-Y. Med. Journ.*, 1^{er} janv. 1887).
- Masini (O.).** — Un cas de cancer primitif du larynx (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, janv. 1887).
- Masucci.** — Des rapports de la spécialité et particulièrement de la laryngologie avec la médecine en général (*Arch. Ital. di laring., etc.*, n° 1 Naples 1887).
- Massei.** — Glanes (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, janv. 1887).
- Newmann.** — Notes sur un cas d'extirpation du larynx pour une affection maligne (*The Lancet*, 24 juill. 1886).
- Norris Wolfenden.** — Tubage du larynx (revue analytique, in *The Journ. of Laryngol.*, n° 1, vol. I, janv. 1887).
- Northrup.** — Quelques points concernant le tubage du larynx (*The Med. Rec.*, 1^{er} janv. 1887, correspondance).
- Orwin.** — Lupus du larynx (*Med. Soc. of London*, 20 oct. Discussion, in *The Brit. med. Journ.*, 1^{er} janv. 1887, p. 16).
- Piltan (A.).** — Etude sur la physiologie de la respiration des chanteurs (*Acad. des sc. et Union méd.*, 27 nov. 1886).
- Ryan.** — Gastrotomie et trachéotomie pour un cancer de l'œsophage et du larynx (*The Lancet*, 15 janv. 1887).
- Saundbry.** — Clinique sur l'ataxie locomotrice. Observations laryngiennes (*The Birmingham med. Revist.*, nov. et déc. 1886, p. 243).
- Sapcalin.** — Observation de corps étranger de la trachée (*Spitalni, Revista med.*, n° 40, oct. 1886).
- Semon (F.).** — Du traitement chirurgical de la sténose laryngée paralytique (Correspondance du *Brit. Med. Journ.*, 15 janv. 1887).
- Sherwell.** — Lupus du larynx (*J. Cutan. & Ven. Dis.*, New-York 1886, IV, p. 446).
- Sokolowski.** — Contribution à l'étude du cancer laryngé primitif (*Gaz. lek.*, n° 18, 1886).
- Somikowski.** — Deux cas de fibrome du larynx. Extirpation (*Wratsch.*, Pétersbourg, 1886, VII, p. 419-421).
- Strubing.** — De l'œdème angionévrotique du larynx (*Réunion des naturalistes et médecins allemands*, 21 sept. 1886, in *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 40, oct. 1886).
- Thorner (M.).** — Extraction d'un corps étranger du larynx à l'aide de la méthode M. Voltolini (avec une éponge) (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 40, novembre 1886).

- Thorner (Max).** — Extraction d'une coque de châtaigne du larynx (Correspondance du *Med. News*, 23 déc. 1886).
- Valdivieso del Villar.** — Laryngite tuberculeuse (*Med. Castellana*, Vallard, 1886, I, p. 6, 30, 57).
- Waxham.** — Un cas de laryngite pseudo-membraneuse traité par l'électrolyse (*Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 1^{er} janv. 1887).
- Waxham.** — Tubage du larynx (Correspondance du *Med. News*, 1^{er} janvier 1887).
- West (S.).** — Epithélioma du larynx (*Pathol. soc. of London, et The Lancet*, 11 déc. 1886).
- Willits (Mary).** — Tubage du larynx dans le croup (*The Americ. pract. and News*, 27 nov. 1886).

Oreilles

- Arnold.** — Otorrhée, son traitement rationnel (*South. Calif. Pract., Los Angeles*, 1886, I, p. 123-131).
- Ayres (W. C.).** — Notes complémentaires sur le tympan artificiel (N.-Orléans *Med. and surg. Journ.*, déc. 1886).
- Aysaquer.** — Traitement des suppurations de l'oreille (formulaire de l'*Union méd.*, 9 janv. 1887).
- Baker.** — Traitement de l'otite moyenne suppurée (Cleveland, *Med. Gaz.*, 1885-6, I, p. 341-346).
- Baker.** — Otite moyenne (*N.-Y. med. Journ.*, 13 nov. 1886).
- Baratoux.** — Nouveaux procédés pour fermer une perforation de la membrane du tympan (*Progrès méd.*, 1^{er} janv. 1887).
- Baracz (R.).** — Examen d'une tumeur du marteau, inflammation de la caisse (*Przegl. lek. Krakow*, 1886, XXV, p. 353-371).
- Baronox.** — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'organe de l'ouïe (extirpation du marteau et du tympan, (*Prz. lek.*, n° 26, 1886).
- Barr (Th.).** — Fracture d'un petit morceau de l'anneau tympanique survenue pendant les essais d'extraction d'une aiguille que l'on croyait dans l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XVI Bd, 4 Heft 31 déc. 1886).
- Battle (F. de Sojo).** — Des corps étrangers du conduit auditif externe (*Anal. de Otol. y lar., etc.*, n° 10, 1886).
- Bec.** — Kyste séreux du pavillon de l'oreille (*Gaz. des Hôp.*, 11 déc. 1886; n° 144).
- Bettman (B.).** — Uncas d'otite moyenne suppurée avec complications cérébrales (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1^{er} janv. 1887).
- Boerne Bettman.** — Un cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne (*Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 1^{er} janv. 1887).
- Boettcher.** — Revue des recherches nouvelles sur la structure du limaçon et quelques observations personnelles (avec 2 planches) (*Archiv. f. Ohrenheilk.* XXIV Band, 4 Heft, 30 nov. 1886).
- Bride (M.).** — Affections peu communes de l'oreille, du nez et du larynx (*Edimb. med. Journ.*, mai 1886).
- Buck.** — Inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne (*N.-Y. Med. Rec.*, 1^{er} janvier 1887).

- Buck (A.). — Inflammation catarrhale chronique de l'oreille moyenne (*The Med. Rec.*, 1^{er} janv. 1887).
- Burnett (Ch.). — Otorrhée chronique, sa nature et son traitement (*The Poly-clinic*, déc. 1886).
- Ghotain. — Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (*Atlanta Med. and surg. Jour.*, nov. 1886).
- Glaiborne. — Résumé d'observations d'ophtalmologie et d'otologie (*Gaillard's med. Journ.*, janv. 1887).
- Connell. (G. L.). — Opération pour calmer les bourdonnements et améliorer les cas de surdité mal définis (*Med. Age*, 10 nov. 1886).
- Cocomes. — Surdité résultant d'un relâchement du tympan (*Med. Herald.*, déc. 1886).
- Cousins (W.). — Tintement d'oreilles (*Brit. med. Journ.*, 4 déc. 1886, p. 1402).
- Cozzolino (V.). — De la surdité étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, de la pathogénie et du traitement; De la surdité incurable et celle susceptible de traitement, otopéris (*Bollet. delle Scienze. med. etc.*, oct : 1886, 70, 4. Bologne).
- Cozzolino. (V.). — Surdi-mutité congénitale et acquise incurable, et surdi-mutité acquise susceptible de traitement (Naples 1886).
- Cozzolino. — Un cas clinique de la vraie symptomatologie de Menière dans une otite moyenne suppurée chronique (*Bollet. delle malat. dell' Oresh.*, n° 1, janv. 1887).
- Cozzolino (V.). — Leçons sur les maladies de l'oreille (Naples, Trani, édit. 1878)
- Crippen. — De la relation qui existe entre les maladies de l'oreille et les conditions anormales des organes génitaux de la femme (*Homœop. J. obst.*, New-York 1886, VIII, pp. 429-433.)
- Déwèvre. — Hémiplegie urémique et otite hémorragique dans le cours du mal de Bright (*Lyon méd.*, 3 oct. 1886).
- Félici (G.). — Notes cliniques sur deux cas de carie de l'apophyse mastoïde consécutive à otite moyenne purulente chronique (Naples, 1887).
- Ferreri (Ghi.). — Des lésions de l'oreille dues à la malaria (*Lo Sperimentale*, fasc. 12, 1886).
- Flect (Van). — Abscès du cerveau consécutif à une otorrhée (correspondance du *Journ. of Americ. med. Assoc.*, 11 nov. 1886).
- Freud (S.). — De l'origine du nerf acoustique (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, nos 8 et 9, août et sept. 1886).
- Gowers. — Abscès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, dû à une otite moyenne et traité avec succès par la trépanation et le drainage (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886).
- Hutington (Richard). — Cas singulier d'affection mastoïdienne; Perforation spontanée dans un point inaccoutumé (*The med. Rec.*, 11 déc. 1886).
- Hale (G.-N.). Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (Nashville *Journ. of Med. and surg.*, nov. 1886).
- Jacobson. — De la dépendance de l'acuité auditive de la durée de l'audition (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV, Band, 1 Heft, 30 nov. 1886).
- Joy. — Epithélioma du pavillon (*N.-Y. Med. Rec.*, 25 déc. 1886).
- Kohn. — Otite moyenne aiguë durant la première dentition (St-Louis, *Med. and surg. Jour.*, n° 10, oct. 1886, p. 472).

- Laidlaw Pures.** — De l'ouïe, examens des personnes appelées aux services publics (*Brit. med. Journ.*, 14 déc. 1886).
- Lautenbach (L.).** — Cas unique de blessure de l'oreille (*The Polyclinic*, nov. 1886).
- Longhi.** — Les maladies de l'oreille, la surdité et la surdi-mutité au point de vue civil et médico-légal (*Gazz. med. ital. lomb.*, Milano 1886, VIII, p. 233-237).
- Mackensie (Duncan).** — Moyen d'empêcher l'irritation du conduit auditif dans l'otite suppurée (*Brit. med.*, 8 janvier 1887).
- Magabbaes.** — Otomycosis (In-8°, Rio-Janeiro, 1886).
- Milkins.** — Oïte moyenne (*New England Med. Gaz.*, nov. 1886).
- Mitchell.** — Une modification de la poire à air de Politzer (*N.-Y. state Med. Assoc. et N.-Y. med. Journ.*, 27 nov. 1886).
- Montefusco.** — Oïte et scarlatine (*Arch. Internaz. di lar. Otol., etc. fase.*, IV, 15 déc. 1886).
- Paquet.** — Corps étranger de l'oreille (*Bull. méd. du Nord*, n° 10, octobre 1886, p. 449).
- Pomeroy (O.-D.).** — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 14 déc. 1886).
- Pooley (Th.).** — Névrite optique double et maladie de Menière (*The N.-Y. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).
- Proudfoot.** — Maladie de l'apophyse mastoïde terminée par un abcès du cerveau (Montréal, *Med. chir. Soc.*, 5 nov., compte rendu in *Med. News*, 27 nov. 1886).
- Prussak.** — Causes de la rupture du tympan (*Ezened. Klin. Gaz.*, Pétersbourg, 1886, VI, p. 53-76-102).
- Richey.** — Atrophie générale de l'appareil conducteur de l'ouïe (inflammation au début) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XVI Bd, 4 Heft, 31 déc. 1886).
- Robb (R.).** — Vapeurs de chloroforme dans les douleurs d'oreille (*Brit. med. Journ.*, 27 nov. 1886, p. 1030).
- Rolland.** — Malformation de l'oreille (*Soc. anatom. de Paris*, oct. 1886).
- Rossi (D.).** — Relevé statistique d'otologie de 1882 à 1885 (Rome 1886).
- Roulleaud.** — Anomalie de l'oreille externe, absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache (*Soc. anatom. de Paris*, 13 décembre 1886, et *Progr. méd.*, 8 janv. 1887).
- Rutherford.** — Du sens de l'ouïe (*The Lancet*, 1^{er} janv. 1887).
- Savage.** — Nouvelle méthode pour traiter l'inflammation suppurée de l'oreille moyenne (Nashville, *Journ. of Med. and surg.*, déc. 1886).
- Schubert.** — Un galvanocautère pour le tympan (*Arch. f. Ohrenheilk.* XXIV Band, 4 Heft, 30 nov. 1886).
- Schulte (Ed.).** — Une conséquence fâcheuse des instillations d'alcool dans la caisse du tympan (*Bollet. delle malat. dell' Orecch. della Gola, etc.*, n° 1, jan. 1887).
- Sexton.** — L'opération de Sexton dans le traitement radical de l'otorrhée (*The practit. Soc. of N.-Y.*, et *The med. Rec.*, 20 nov. 1886).
- Steinbrugge (H.).** — 1^o Affection labyrinthique double au cours d'une méningite cérébro-spinale; 2^o affection labyrinthique dans un cas de leucémie; 3^o contribution à l'étude de la fonction du limaçon (*Zeitsch. f. Orenhr.*, XVI Bd, 4 Heft, 31 déc. 1886).

- Story (J.).** — Exostose du conduit auditif (*The Dublin Journ. of Med. Sc.*, janv. 1887).
- Suñé y Mollist.** — Aperçu clinique sur l'histoire des otites compliquées de lésions de l'os temporal (*Revista de lar. Otol. y Rin.*, n° 6, déc. 1886).
- Suñé Mylolist.** — Notes cliniques pour servir à l'histoire des otites compliquées de lésions osseuses du temporal (*Revista de lar. otol. etc.*, n° 7, janv. 1887).
- Symington.** — De la portion mastoïdienne de l'os temporal (*Edimb. Med. Journ.*, oct. 1886).
- Terrier et Rollin.** — Plaie des deux oreilles par balle de revolver, extraction des projectiles, troubles oculaires intellectuels consécutifs. (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, n° 12, 1886).
- Turnbull.** — Etudes récentes et observations sur les bourdonnements d'oreille (*Med. and Surg. Rep.*, 4 janv. 1887).
- Turnbull (L.).** — Etude récente et observations sur les bourdonnements d'oreille (*The Med. and Surg. Report.*, 1^{er} janv. 1887).
- Voltoolini.** — Quelques remarques sur les parasites de l'oreille et des fosses nasales chez l'homme et les mammifères (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 8 et 9, août et sep. 1886).
- Watraskewki.** — Remarques sur un cas de chancre de l'oreille moyenne (*Petersburger med. Wochenschr.*, n° 44, 1886).
- Weinlechner.** — Ostéome de la région mastoïdienne enlevé par opération. Ouverture des cellules mastoïdiennes; Otite moyenne supprimée consécutive avec perforation du tympan. Guérison (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 10, nov. 1886).
- Whelan.** — Un cas de maladie de Menière (*Alabama Med. and Surg. Journ. Birmingham.*, 1886, I, p. 45-48).
- Whito.** — Résultat des travaux faits à l'infirmerie de Richmond, sur la maladie des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 nov. 1886, p. 580).
- XX.** — Quand doit-on seringuer l'oreille (St-Louis, *Med. and Surg. Journ.*, sep. 1886, n° 3).

Group et Diphtérie.

- Albertis (de).** — Croup de l'œsophage : examen anatomo-microscopique (*Riforma medica*, an I, n° 264, Naples, 1886).
- Bouchut.** — Résurrection du tubage de la glotte dans le croup (*Paris méd.*, n° 3, 15 janvier 1887).
- Borgi (G.-D.).** — Notes pédiatriques : diphtérie, etc. (*Arch. di Pat. Infant.*, an. IV, n° 6, Naples, 1886).
- Campbell.** — De la diphtérie (*Edimb. med. journ.*, novembre 1886).
- Carter.** — Analyse de quarante-cinq cas de diphtérie (*Med. news.*, 27 novembre 1886).
- Cheatam.** — Tubage du larynx dans le croup diphtéritique (*The Americ. pract. and. News.*, 13 novembre 1886).
- Concetti (L.).** — Cas de diphtérie chronique (*Archiv. di Pat. Infant.*, an. IV, n° 6, Naples 1886).

- Descroixilles.** — Croup opéré et guéri, réflexions sur la trachéotomie par les procédés rapides (*France méd.*, 18 déc. 1886).
- Freydier-Dubreul.** — Du vinaigre combiné à l'acide phénique dans le traitement de la diphtérie (*Cour. méd.*, 27 nov. 1886).
- Gonzalez (D.).** — L'acide salicylique dans le coryza diphtéritique (*Anal. de Otol. y lar.*, n° 41, 1886).
- Gonzalez (de Ségovie).** — Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la diphtérie (*Archiv. de med. y Cirurg. de los niños*, 31 décembre 1886).
- Homer O. Bates.** — Tubage du larynx pour un croup diphtéritique chez un enfant de 9 mois, guérison (*The med. Rec. N.-Y.*, 18 déc. 1886).
- Herringham.** — Deux cas de paralysie diphtéritique avec affection cardiaque et mouvements choréiques (*Clin. soc. of London et Brit. med. journ.*, 18 déc. 1886).
- Irving (J.).** — Traitement de la diphtérie avant, après que le larynx est atteint (*Brit. med. journ.*, 8 janv. 1887).
- Jandoli.** — Contribution à la thérapeutique de la diphtérie (*Giorn. med. del R. eser.*, Rome, 1886).
- Lanory (G.).** — Contribution à l'étude de la contagion de la diphtérie et de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Paris (*Thèse de Paris*, 10 déc. 1886).
- Masini.** — De la prétendue analogie de la diphtérie et de la scarlatine (*Lettre aux Arch. Ital. di laryng.*, n° 1, janv. 1887).
- Montefusco.** — Un cas de diphtérie aiguë (*Arch. Ital. di laryng.*, n° 1, janv. 1887).
- Mora.** — De l'angine diphtéritique (*Courrier méd.*, 1^{er} janv. 1887).
- Morton.** — Analogie entre le croup et l'asthme (*The Lancet*, 23 janv. 1887, p. 175).
- Northrup.** — Diphtérie laryngée, tubage, et anatomie pathologique (*N.-York academ. of med.*, 2 déc., et *The med. Rec.*, 11 déc. 1886).
- Odent.** — Des angines pseudo-membraneuses au cours de la diphtérie (*Thèse Paris*, 1887).
- Palopelli.** — Règles de conduite dans l'épidémie diphtéritique (*Corigliano*, 1886).
- Potain.** — Scarlatine ou diphtérie (*Sem. méd.*, 19 janv. 1887).
- Paterne.** — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie (*Thèse Paris*, 1887).
- Philips (David).** — Véritable croup (*The N.-Y. Med. Journ.*, 25 déc. 1886).
- Renault.** — De la diphtérie consécutive à la rougeole (*Thèse Paris*, 1886).
- Renou.** — Traitement de la diphtérie (*Gaz. des hôpit.*, 25 déc. 1886).
- Seneca Powell.** — De l'ozone dans le traitement de la diphtérie (*The med. Rec.*, 4 déc. 1886).
- Simon (Jules).** — De la diphtérie larvée (*Le praticien*, 27 déc. 1886).
- Sorensen.** — Croup et trachéotomie (*Nord. med. Ark.*, XVIII).
- Suckling.** — Paralysie diphtéritique (*Birmingham med. Rev.*, janv. 1887).
- Tomas Valera y Jimenez.** — Observations d'angines diphtéritiques (*Anales de Otol y laryng.*, n° 9, 1886).

Valin. — Étude sur la diphtérie dans le département de la Seine-Inférieure (*Thèse Paris* 1887).

Willito (M.). — Tubage du larynx dans le croup (*The Améric. pract. and News*, 27 nov. 1886).

Winn. — Tubage du larynx dans la diphtérie et le croup pour remplacer la trachéotomie (*Journ. of Amér. méd. Assoc.*, 13 nov. 1886, p. 556).

XX. — La diphtérie (*Le Moniteur thérapeutique*, n° 12, 6 déc. 1886).

XX. — Traitement de la diphtérie (croup, angines couenneuses) (*Revue anal.*, in *Gaz. des hôp.*, 11 déc. 1886, n° 141).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Attimont. — Note sur une déviation du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive droite, dans l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 novembre 1886, n° 2).

Audry. — Angine de poitrine. Goutte exophtalmique (*Lyon méd.*, 2 janvier 1887).

Le Bec. — Goutte kystique sanguin, injection d'iode, guérison (*Gaz. des hôp.*, 1^{er} janvier 1887).

Bennett. — Observations sur le traitement du Dr Bergeon dans les affections chroniques du poumon et des voies aériennes (*Brit. med. journ.*, 18 décembre 1886).

Blachez. — Injections rectales gazeuses (*Soc. de Thérap.*, 25 déc. 1886).

Bock. — De la mutité hystérique (*Deutsche med. Ztg.*, n° 103 et 104, 1886).

Braasch (H.). — Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage (Kiel, 1886, chez Lipsius et Tischer, 49 pages).

Bremer. — Du vertige essentiel (*Journ. of Amér. med. Assoc.*, 11 décembre 1886).

Bürkner. — De l'utilité pratique de la lumière incandescente du gaz de M. Auer pour l'usage médical (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 48, 1886).

Burine (D.). — Considérations sur le gottre dépendant de la grossesse et de l'accouchement (*Thèse Paris*, décembre 1886).

Cohen (J. Solis). — Lésions et affections de l'œsophage (*Internat. Encycl. Surg. New-York*, 1886, VI, 1-43).

Collins-Colman. — Des rapports de la folie et du gottre exophtalmique (*The Lancet*, 8 janvier 1887).

Coplin. — Deux cas d'arrêt de sifflets (Tay Whistler) dans l'œsophage (*Philad. med. Times*, 11 décembre 1886).

Duguet. — Goltres et médication iodée interstitielle (*Trib. méd.*, 1^{er} décembre 1886).

Feuilletaud (G.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche (Paris, 1886, 47 pages).

Flinn (E.). — Rétrécissement de l'œsophage (*Brit. med. journ.*, 1^{er} janvier 1887, p. 49).

Flinn (E.). — Rétrécissement de l'œsophage (*The Lancet*, 22 janv. 1887, p. 477).

Fort (J.-A.). — Kyste du corps thyroïde; extirpation; guérison (*Gaz. des Hôp.*, 13 janvier 1887).

- Fournier.** — Syphilis héréditaire tardive (Paris, 1886).
- Gallozzi.** — Kyste échinocoque du thyroïde (*Riforma méd.*, an II, n° 288, 1886).
- Grancher.** — Les adénopathies trachéo-bronchiques (*Revue des mal. de l'enfance*, janvier 1887).
- Granger (A.).** — Emploi de l'air comprimé et raréfié dans le traitement de la bronchite chronique, de l'emphysème et de l'asthme spasmodique (*Brit. med. journ.*, 18 décembre 1886).
- Graziadel.** — La ventilation pulmonaire, etc. (*Arch. Internaz. di Laring.*, etc., an I, n° 4, 1886).
- Hervouet.** — Goutte exophtalmique avec autopsie (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 décembre 1886, n° 2).
- Heydenreich.** — L'énucléation intra-glandulaire du goître (*Sem. méd.*, 12 janvier 1887).
- Harley (J.).** — Le goître est-il héréditaire? (*Brit. med. journ.*, 27 nov. 1886, p. 1030).
- Landouzy.** — Goutte exophtalmique (*Gaz. des hôp.*, 6 janvier 1887).
- Lecomte.** — Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses (*Thèse Paris*, 1887).
- Lejars et Le Roy.** — Goutte suppuré, ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droite. Ligature de la carotide primitive, mort (*Soc. anat. de Paris*, 29 octobre 1886).
- Lotio (S.).** — La coqueluche et la cocaïne (*Gaz. degli osp.*, 1886, n° 98).
- Meuron.** — Recherches sur le développement du thymus et de la glande thyroïde (Genève, in-8°, 1886).
- Michael.** — Du traitement de la coqueluche (*Archiv. f. Kinderheilk.* Bd. VIII).
- Netter.** — Gangrène pulmonaire déterminée par une perforation œsophagienne consécutive à l'élimination d'un ganglion bronchique (*Progrès méd.*, 1^{er} janvier 1887).
- Notta.** — Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles (*Normandie médicale*, 15 septembre 1886).
- Reed (J.).** — Rétrécissement de l'œsophage (*The med. and surg. Rep.*, 13 novembre 1886).
- Reimann.** — Deux questions au sujet des anomalies du langage (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 51, 30 décembre 1886).
- Renzi (De).** — Forme anormale et traitement du goître exophtalmique (*Rivista clin. e Terap.*, janvier, n° 1, 1887).
- Robson (Mayo).** — Traitement des kystes du corps thyroïde (*The Lancet*, 22 janv. 1887).
- Ruault.** — Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies (*France méd.*, 1 et 4, janvier 1887).
- Seifert.** — Présentation de la lumière incandescente de M. Auer (*Soc. Physic. méd. de Wurzburg, in Münchener med. Wochenschr.*, n° 1, 4 janvier 1887).
- Sloan.** — Rapport du goître avec la menstruation et la grossesse, et de l'influence du système sympathique sur sa production (*Edimb. med. journ.*, septembre 1886).

Stadelmann. — De la ligature de la carotide (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 36, 7 septembre 1886).

Turner (Ph.). — Abscès rétro-œsophagien, ayant occasionné la mort par compression de la trachée (*The Lancet*, 1^{er} janvier 1887).

Voltolini. — Des opérations électrolytiques avec démonstration d'instruments (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 10, octobre 1886).

Zemann (A.). — De la tuberculose de l'œsophage (*Soc. des médecins de Vienne*, 26 novembre 1886, in *Wiener allg. Ztg.*, n° 48, 30 nov. 1886).

NOUVELLES

Nous lisons dans les *Archivi Italiani di Laringologia*, (n°s 3 et 4 — 1886), la revendication suivante de M. le professeur Masséi à propos de *Deux cas remarquables d'érysipèle du larynx avec remarques sur l'étiologie de cette affection* (Due notevoli casi di erisipela laringea primaria con osservazioni sulla natura di questa malattia), publiés par M. le professeur A. Fasano dans le *Bot. delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso* (Florence 1886).

« Telle est la traduction littérale d'un article qui a également paru, il y a quelques mois dans le *Monatss f. Ohrenh*; avec une nouvelle note me concernant et relative à mes études sur le même sujet.

« M. le professeur Fasano, a cru, grâce à cette note, se justifier suffisamment du préjudice qu'il avait pu me porter dans l'édition allemande. Prenant du reste mon silence pour de l'aquiescement, il a fait communiquer aux Archives par la direction de son journal une copie de l'extrait, à laquelle il a joint « avec prière d'une note. — L'Auteur. »

» Puisque l'attaque vient de lui, je consens à sortir du silence dans lequel j'étais demeuré jusqu'ici.

» Dans l'édition allemande, M. le professeur Fasano, abrégant l'histoire de l'érysipèle du larynx, avait simplement avancé que « à Ryland revenait le mérite d'avoir le premier attiré l'attention des cliniciens sur la nature érysipélateuse de certains œdèmes qualifiés d'œdèmes de la glotte. »

» Tous ceux qui ont lu ma monographie sur l'érysipèle du larynx, comprendront facilement combien j'ai dû être affligé d'une citation aussi inexacte, C'est du reste ce qu'a compris le professeur Fasano lui-même qui cherche à s'en excuser par la note à laquelle j'ai fait allusion, et qu'il a écrit en tête de son article, immédiatement au-dessous du titre. Il est dit dans cette note que les auteurs cités avaient parlé d'érysipèle secondaire, alors que c'est moi qui le premier ai défini exactement l'érysipèle laryngé primitif.

» M. le professeur Fasano qui est d'une parfaite loyauté lorsqu'il écrit en italien, aurait dû agir de même quand il écrivait en allemand ou tout au moins envoyer au journal allemand une note rectificative; il eut ainsi fait l'aveu de sa faute, conduite toujours digne d'éloges. Le lecteur pourra du reste voir par la suite que, même en italien, je fus assez malmené par cet auteur.

« Un des deux malades dont on rapporte l'observation mourut, et le professeur

Fasano put, à l'aise, en faire l'autopsie et, par des recherches bactériologiques, établir la nature de l'érysipèle. Tout en confessant que j'avais ignoré jusqu'à ce jour sa compétence en bactériologie, j'avoue qu'il est regrettable qu'il n'ait pas donné aux intéressés communication de ses recherches. Il eût été bon aussi, puisqu'il savait que j'avais lu mon travail devant l'Académie médico-chirurgicale de Naples qu'il choisisse pour arbitre le même tribunal.

» Jusqu'ici, le Professeur Fasano et moi nous n'avons eu que des relations très courtoises et, si j'ai bon souvenir, il a durant quelques mois fréquenté mon laboratoire alors que j'étais privat-docent.

» Compatriotes, poursuivant les mêmes études et collaborateurs des mêmes journaux, il aurait dû comprendre que dans cette question importante de l'érysipèle laryngé, c'était rendre hommage à un ami, sans préjudice aucun par ses propres intérêts, que de le citer. Pourquoi dénaturer la vérité auprès des étrangers et paraphraser en le contredisant d'une façon équivoque dans une autre langue, ce qu'en Italien, a su dire si clairement ? Et après tout, il est bon de dire que lui-même, Fasano d'une sagesse exemplaire et d'un sang-froid exceptionnel, me prie de revoir son article. Aussi ne tarderai-je pas à le satisfaire, et repassant ce qu'il a écrit dans sa préface à propos de l'érysipèle du larynx : *Derniers progrès de la laryngologie*, il est un point que je veux signaler. Ainsi le lecteur pourra se former une juste idée de la manière de voir du professeur Fasano et il comprendra l'empressement qu'il a mis à me rendre justice.

» Voici textuellement, le passage dont il est question :

« Un grand nombre de médecins américains et des plus distingués, avaient, au commencement de ce siècle, signalé quelques épidémies d'érysipèle du larynx et des poumons. Semon, Dausel et autres auteurs en observèrent des cas qu'ils qualifièrent d'érysipèle primitif du larynx. La littérature et les traités spéciaux sont déjà riches d'observations sur l'érysipèle primitif du larynx et des poumons. Mon confrère (merci de l'honneur !) le professeur Massei a récemment publié sur ce sujet une monographie dans laquelle, s'appuyant sur des observations faites par lui, il affirme qu'une plus grande extension doit être accordée aux érysipèles primitifs du larynx parmi lesquels doivent être rangés certains cas injustement dénommés œdèmes du larynx. »

» Nous laissons le lecteur seul juge impartial de cette analyse.

» Docteur Massei. »

M. le Dr J. Solis-Cohen vient d'être nommé président de la « *Philadelphia County Medical Society* » pour l'année 1887.

Nous apprenons que M. H. Krause, de Berlin, a décliné l'honneur d'être secrétaire de la section laryngologique au Congrès international de Washington.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (suite) (1)Par le Dr **MOURA****CHAPITRE V. — ORIFICE DE L'ŒSOPHAGE.**

Quoique n'appartenant pas à l'appareil de la voix, l'orifice de l'œsophage a été soumis à la mensuration millimétrique, afin de compléter cette étude statistique en raison de l'intérêt que présentent aux points de vue anatomique, physiologique et pathologique sa conformation évasée, ses dimensions et sa situation au bas du pharynx et en arrière du cartilage cricoïde.

§ I. — Chez la femme.

1^o Diamètre de cet orifice : 14 sujets seulement.

Fréquence..... 9 fois 8^{mm}, 1 fois 6, 9, 10, 12 et 13^{mm}.

Extrêmes..... 6 et 13^{mm}.

Variétés..... 7^{mm}.

Moyennes : statistique 8^{mm}7, extrêmes 9^{mm}5, vraie 9^{mm}.

2^o Situation, 50 larynx :

Fréquence..... 40 fois sur la ligne médiane, 9 fois à gauche, 1 fois à droite.

3^o Distance de l'orifice au bord libre du repli inter-aryténoïdien.

Sur 35 larynx ayant l'orifice œsophagien situé sur la ligne médiane, cette distance ou profondeur a été :

8 fois de 20^{mm}, 4 fois de 25^{mm}, 3 fois de 18, 21, 24, 27 et 28^{mm}, 2 fois de 23^{mm} et 1 fois de 9, 13, 15, 16, 17 et 26^{mm}.

Extrêmes..... 9 et 28^{mm}.

Variétés..... 19^{mm}.

Moyennes : statistique 21^{mm}6, extrême 18^{mm}5, vraie 21^{mm}.

L'entrée de l'œsophage avait sur un sujet deux orifices : l'un inférieur situé sur la ligne médiane au bas du cricoïde, se trouvait à 25^{mm} de profondeur; l'autre supérieur situé à

(1) Voir *Revue*, n^o 2, janvier 1887.

gauche et plus large était à 11^{mm} seulement du bord inter-aryténoïdien.

Parmi les 9 orifices placés à gauche, 7 avaient 3 fois 22^{mm} et 1 fois 20, 24, 29 et 35^{mm} de profondeur; les deux autres n'ont pas été soumis à la mensuration. Sur les 9 orifices, 6 se trouvaient franchement situés à gauche et 3 légèrement.

Un sujet portait à droite de l'orifice une bride fibro-muqueuse qui formait au-devant de l'entrée de l'œsophage une véritable poche ou fossette. Chez un autre, l'orifice avait à peine 6 millimètres.

Enfin, j'ai constaté sur 6 larynx une sorte d'entonnoir au devant de l'entrée de l'œsophage.

§ II. — *Chez l'homme, 36 larynx.*

1^o Diamètre de l'orifice, 36 larynx :

Fréquence..... 12 fois 10 et 12^{mm}, 3 fois 8^{mm}, 2 fois 7, 9 et 13^{mm}, 1 fois 11, 14, 15, 16 et 18^{mm}.

Extrêmes..... 7 et 8^{mm}.

Variétés..... 11^{mm}.

Moyennes : statistique 11^{mm}4; extrême 12^{mm}5; vraie 11^{mm}.

2^o Situation, 125 larynx :

L'entrée de l'œsophage occupait la ligne médiane 97 fois; sur ce nombre, je n'ai pas mesuré la profondeur de 20 orifices.

Les 77 restants ont présenté une profondeur :

14 fois de 30^{mm}, 9 fois de 25^{mm}, 8 fois de 32^{mm}, 6 fois de 33^{mm}, 5 fois de 27 et de 28^{mm}, 4 fois de 21 et 22^{mm}, 3 fois de 20, 23, 26 et 35^{mm}, 2 fois de 24^{mm}, 1 fois de 14, 17, 18, 29, 31, 34, 38 et 41^{mm}.

Extrêmes..... 14 et 41^{mm}.

Moyennes : statistique 27^{mm}6; extrêmes 27^{mm}5; vraie 27^{mm}5.

Orifices placés à gauche, 26; leur profondeur a été :

Fréquence..... 6 fois de 25^{mm}, 4 fois de 28^{mm}, 3 fois de 27^{mm}, 2 fois de 21, 22, 26 et 30^{mm}, 1 fois de 17, 18, 24, 31 et 33^{mm}.

Extrêmes..... 17 et 33^{mm}.

Moyennes : statistique, 28^{mm} ; extrême 25^{mm} ; vraie 27^{mm}5.

Les deux orifices placés à droite se trouvaient à 15 et 22^{mm} du bord inter-aryténoïdien.

Sur deux sujets, l'orifice était double et situé sur la ligne médiane chez l'un, un peu à gauche chez l'autre. Les deux orifices médians mesuraient 10 et 13^{mm} de diamètre, 26 et 20^{mm} de profondeur ; les deux autres avaient 12 et 17^{mm} de diamètre, 27 et 17^{mm} de profondeur.

Sur deux sujets, l'orifice médian était précédé à gauche d'un vestibule-entonnoir. Sur un autre, il y avait, à gauche de l'entrée œsophagienne, une fossette pouvant loger une bille d'écolier.

Dans 17 larynx, le vestibule évasé qui précédait cette entrée commençait par deux brides situées à droite et à gauche, à 15^{mm} du bord inter-aryténoïdien ; quelques-unes de ces brides se trouvaient à une distance de ce bord qui variait de 7 à 28^{mm}.

§ III. — *Comparaison de l'orifice de l'œsophage dans les deux sexes.*

Le diamètre du véritable orifice de l'œsophage, celui qui est toujours situé à la même place, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur du cricoïde, mesure 9^{mm} chez la femme et 11^{mm} chez l'homme.

Il y a donc, entre l'un et l'autre, une minime différence de 2^{mm} en moyenne. Cette différence devient plus grande lorsque l'on met en parallèle les limites extrêmes de ce diamètre dans les deux sexes. Ces limites fournissent 7 variétés d'une part et 11 de l'autre.

Sur 50 sujets féminins, j'ai trouvé 40 fois l'orifice sur la ligne médiane. Dans le sexe masculin, 97 sur 125 occupaient aussi la ligne médiane. La proportion 4/5^{es} est par conséquent la même pour les deux sexes.

Les orifices situés à gauche, 9 chez la femme, 26 chez l'homme, forment à peine la proportion de 1/5^e pour chacun d'eux.

J'ai constaté la présence d'un vestibule sur 6 larynx

féminins et sur 17 larynx masculins; ces proportions sont équivalentes à $1/8^{\circ}$ et à $1/7^{\circ}$ environ.

Ces résultats statistiques méritent d'être pris en considération relativement au cathétérisme de l'œsophage. Ce n'est pas en dirigeant toujours vers le côté gauche du pharynx l'extrémité de la sonde que l'on parviendra plus facilement à franchir l'orifice. C'est au contraire sur la ligne médiane qu'il faut la maintenir avant de la diriger à gauche, puisque 4 fois sur 5 on est sûr d'y pénétrer directement.

Il faut ainsi prendre bonne note du vestibule qui précède l'orifice 1 fois sur 8 chez la femme, 1 fois sur 7 chez l'homme. Ce vestibule peut en imposer pour l'entrée réelle, car, parvenue à celle-ci, la sonde donne aux doigts la sensation d'un rétrécissement qu'elle franchit brusquement et que l'inexpérience peut faire prendre pour un rétrécissement pathologique.

Enfin il est encore utile de savoir que la sonde arrêtée par une fossette insidieuse, latéralement placée, peut entraîner la main qui la tient à agrandir la poche et donner l'idée d'un rétrécissement infranchissable. Cette fossette ainsi que le vestibule-entonnoir que j'ai signalé peuvent, au moment de la déglutition, retenir des débris ou parties d'aliments et expliquer la sensation d'un corps étranger que l'on éprouve en pareille circonstance et l'arrêt des pièces de monnaie qui, avalées, ont franchi l'entrée du vestibule et non celle de l'œsophage.

CHAPITRE VI. — CONCLUSIONS.

I. — *Diamètres de la trachée.*

1^o Sur la moitié des sujets féminins, les diamètres antéro-postérieur et transverse, ont l'un comme l'autre, 14^{mm} . Sur l'autre moitié, ils n'ont que $13^{\text{mm}}5$; ils diffèrent donc d'un demi-millimètre.

2^o Les variétés de dimension comprennent 7^{mm} pour les diamètres de la première moitié, 12 et 14^{mm} pour les diamètres antéro-postérieur et transverse de l'autre moitié.

3^o Dans le sexe masculin, un tiers des sujets seulement

présente une même dimension moyenne de 17^{mm}5 pour chacune des deux diamètres. Sur les deux autres tiers, le diamètre antéro-postérieur mesure 18^{mm} et le diamètre transverse 17^{mm}5.

4° Leurs variétés comprennent 14^{mm} pour le premiers tiers, 13 et 16^{mm} pour les diamètres antéro-postérieur et transverse des deux autres tiers.

5° La trachée de la femme présente 3 à 4^{mm} de moins que celle de l'homme dans ses diamètres, mais elle a un calibre, plus régulier et plus stable.

II. — *Calibre trachéal et lèvre vocale.*

1° Leurs dimensions sont égales sur le même larynx féminin, 1 fois sur 22 pour l'état de repos, 2 fois sur 11 pour l'état de tension. Le larynx masculin a ces deux dimensions identiques 1 fois sur 9 pour l'état de repos, 1 fois sur 7 pour celui de la tension.

2° Elles sont semblables, chez la femme, 1 fois sur 2 pour l'état de repos, 9 fois sur 11 pour celui de la tension. Cette similitude a lieu 2 fois sur 3 et 7 fois sur 12 chez l'homme.

3° La lèvre vocale chez la femme est plus petite que le calibre de la trachée 9 fois sur 11 à l'état de repos et plus grande 1 fois sur 9; celle de l'homme est plus petite 2 fois sur 3, plus grande 1 fois sur 4.

4° A l'état de tension, elle est plus petite 3 fois sur 11 et plus grande 1 fois sur 2 chez le sexe faible, 1 fois sur 5 et 2 fois sur 3 chez le sexe opposé.

5° Le rapport le plus élevé entre le calibre trachéal et la longueur de la lèvre vocale, est celui de l'état de tension pour le larynx féminin, de l'état de repos pour le larynx masculin.

6° La disproportion entre les deux dimensions peut s'élever, sur un même larynx et quel que soit le sexe, de 1 à 6 et 7^{mm} en plus ou en moins.

III. — *Anche crico-glottique ou vocale.*

1° La hauteur de l'anche mesure, en moyenne, 13^{mm} chez la femme et 16^{mm} chez l'homme.

2° Les variétés de cette hauteur sont au nombre de 6 pour chaque sexe.

La différence entre l'anche féminine et l'anche masculine, est de 3 à 1^{mm}, ou 1/3 environ.

3° La hauteur de l'anche et la lèvre vocale ont, sur le même larynx féminin, une dimension identique 2 fois sur 11, soit pour l'état de repos, soit pour l'état de tension; quant au larynx masculin cette identité n'existe qu'à l'état normal ou de repos; elle a lieu 5 fois sur 33, ou 1/6^e environ.

4° Leurs dimensions sont semblables dans le sexe féminin, 5 fois sur 11 pour l'état de repos, 2 fois pour l'état de tension; et, dans le sexe masculin, 5 fois sur 8 pour le premier et 3 fois sur 8 pour le second.

5° La hauteur de l'anche est plus grande que la lèvre vocale à l'état de repos 7 fois sur 11, et, à l'état de tension, 2 fois chez la femme, 4 fois sur 7 et 1 fois sur 33 chez l'homme;

6° La lèvre vocale à l'état de repos est, par conséquent, plus longue que la hauteur de l'anche 2 fois, et, à l'état de tension, 7 fois sur 11 pour le sexe faible, 1 fois sur 2 et 5 fois sur 7 pour le sexe opposé.

7° La différence entre les deux dimensions, sur le même larynx féminin, peut s'élever ou descendre à 6^{mm}, et sur le même larynx masculin jusqu'à 10^{mm}.

8° Entre la hauteur de l'anche et la longueur de la lèvre vocale du larynx féminin, il peut y voir 6^{mm}, en plus ou en moins, c'est-à-dire 12 variétés pour le sexe en général. Chez l'homme ces variétés sont de 10^{mm}, en plus ou en moins, pour un même larynx, et de 20 pour le sexe.

9° La hauteur de l'anche vocale diffère de 1^{mm} avec le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde, chez la femme; l'une et l'autre sont identiques deux fois sur 11 et semblables 7 fois.

10° Chez l'homme, l'anche mesure aussi 1^{mm} de moins que le calibre du bocal cricoïdien, 17^{mm} contre 18^{mm}. Leur identité est représentée par 2/11^{es} et leur similitude par 9/16^{es}.

11° La hauteur de l'anche vocale et le calibre du bocal cricoïdien ont un rapport plus stable chez la femme que chez l'homme.

12° La hauteur de l'angle du thyroïde présente dans les deux sexes 1^{mm} de plus que la hauteur de l'anche vocale, savoir : 13 et 17^{mm} contre 13 et 16^{mm}. Leur similitude existe 3 fois sur 11, chez le sexe féminin, 3 fois sur trois chez le sexe opposé.

IV. — *Anche vocale et ligament thyro-cricoïdien.*

13° L'anche vocale a une hauteur égale à deux fois celle du ligament thyro-cricoïdien à l'état de repos, dans les deux sexes.

14° L'insertion thyroïdienne inférieure de la commissure des lèvres vocales a la même hauteur que celle du ligament thyro-cricoïdien, en général, dans les deux sexes ; celle du sexe féminin mesure 6^{mm} et celle du sexe masculin 8^{mm}.

15° L'insertion thyroïdienne supérieure de cette commissure présente, dans chaque sexe, 2^{mm} de plus que l'insertion commissurale inférieure, en moyenne.

16° La hauteur du ligament thyro-cricoïdien et l'insertion commissurale inférieure réunies représentent, à un millimètre près, la longueur de la lèvre vocale à l'état de repos, chez la femme comme chez l'homme. L'identité entre ces deux dimensions existe 9 fois sur 11 chez la première, 8 fois sur 33 chez le second, et leur similitude 10 fois sur 11 et 9 fois sur 11. Leurs variétés comprennent 3^{mm} pour l'une, 4^{mm} pour l'autre.

17° Le ligament thyro-cricoïdien est plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale supérieure 8 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme.

V. — *Appendice. — Œsophage.*

1° L'orifice de l'œsophage mesure 9^{mm} chez la femme et 11^{mm} chez l'homme ; ses variétés atteignent 7^{mm} dans le premier cas et 11^{mm} dans le second.

2° Il est situé sur la ligne médiane 4 fois sur 5 dans les deux sexes et 1 fois sur 5 seulement à gauche.

3° Il est précédé d'un vestibule évasé 1 fois sur 8 dans le sexe féminin, 1 fois sur 7 dans le sexe masculin.

4° Dans la grande majorité des cas, pour pénétrer dans le véritable orifice ou entrée de l'œsophage, il faut maintenir

l'extrémité de la sonde sur la ligne médiane et non la porter à gauche de cette ligne.

V

CHAPITRE I. — RAPPORTS D'IDENTITÉ ET DE SIMILITUDE.

La statistique millimétrique des diverses parties du larynx m'a fourni l'occasion d'étudier les rapports qui pouvaient exister entre leurs dimensions.

Déterminer le développement millimétrique, c'est-à-dire la longueur des lèvres de la glotte pendant la vie a toujours été un problème dont on a vainement cherché la solution jusqu'à ce jour. Les *laryngoscopistes* étaient à peine en possession d'un *miroir* laryngien très imparfait que déjà ils se préoccupaient de la mensuration possible de la glotte au moyen de l'image réfléchie de l'organe de la voix. Des *miroirs* gradués furent essayés, puis abandonnés, leur *infidélité* en étant manifeste. Les degrés gravés sur le *miroir* étaient reproduits virtuellement et sous un angle tel que l'appréciation n'en avait rien de précis et de pratique.

La laryngométrie millimétrique à laquelle j'ai consacré plusieurs années ouvrira, je l'espère, la seule voie qui puisse faire obtenir la solution de ce problème.

Dans deux tableaux ci-après, j'ai consigné les moyennes des rapports millimétriques que je considère comme le point de départ et la base de la laryngométrie sur le vivant.

Ces rapports sont de deux ordres : l'un d'*identité*, l'autre de *similitude*. Chacun d'eux possède une valeur propre, soit directe et relative, soit relative seulement.

La valeur directe de l'identité se présente lorsque deux parties comparées ont la même dimension sur le même sujet. L'une de ces dimensions peut alors servir de mesure à l'autre et réciproquement. Presque toujours, le rapport d'identité a fait défaut ; il ne pouvait avoir d'importance au point de vue de la laryngométrie pratique. Lorsqu'il existe, il concerne de petites quantités, et les parties pour lesquelles il aurait une signification réelle se trouvent situées de façon à échapper à la laryngométrie extérieure.

Nous devons faire une exception quant au rapport constaté entre la hauteur du ligament thyro-cricoïdien et celle de l'insertion commissurale des lèvres de la glotte relativement au bord inférieur du thyroïde.

Ainsi, chez la femme, 9 fois sur 11 les dimensions ont été égales ou identiques entre ces deux parties; chez l'homme, 8 larynx sur 33, 1/4 environ ont présenté des dimensions identiques.

Les autres rapports d'identité révélés par ma statistique laryngométrique sont tous plus ou moins éloignés de celui que je viens de citer. En voici quelques exemples :

1° La hauteur de l'angle saillant du thyroïde et la longueur de la lèvre vocale, au repos comme à l'état de tension, ont une dimension égale dans 2 larynx féminins sur 11. Cette identité s'est réalisée 2 fois pour l'état de repos et 4 fois pour l'état de tension sur 33 larynx masculins;

2° La lèvre vocale et le calibre trachéal (conduit trachéal régulier) étaient de dimensions identiques, sur le même larynx féminin, 1 fois sur 22 pour l'état de repos, 2 fois sur 11 pour l'état de tension. Cette identité a eu lieu 1 fois sur 9 et 1 fois sur 7 pour l'organe vocal masculin ;

3° L'identité millimétrique entre la lèvre vocale et la hauteur de l'anche vocale s'est présentée 2 fois sur 11, chez la femme, pour chacun des états de repos et de tension; chez l'homme, cette identité a été de 5/33^{es} pour l'état de repos et nulle pour l'état de tension ;

4° Dans le sexe féminin, l'identité entre le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde et la longueur de la lèvre vocale existait 1 fois sur 52 au repos, 5 fois sur 52 à l'état de tension. Dans le sexe opposé, elle a été constatée 4 fois sur 33 pour le premier état, 3 fois sur 33 pour le second.

§ I. — *Rapports de similitude. — Ordre de leur importance relative, chez la femme.*

1° Ligament thyro-cricoïdien au repos et insertion commissurale thyroïdienne inférieure. 10 fois sur 11 semblables 10/11^{es}

2° Bras horizontal du levier cricoïdien et intervalle arti-

culaire aryténo-cricoïdien.....	31 fois sur 35 semblables	6/7 ^{es}
3° Bras horizontal du levier cricoïdien et diamètre inférieur du cricoïde ou calibre du bocal de l'anche	31 fois — 35	— 6/7 ^{es}
4° Glotte tendue et diamètre thyro-cricoïdien antéro-postérieur.....	30 fois — 35	— 6/7 ^{es}
5° Glotte au repos et longueur de la face externe ou linguale de l'épiglotte.....	51 fois — 58	— 6/7 ^{es}
6° Lèvre vocale tendue et calibre trachéal.....	37 fois — 44	— 9/11 ^{es}
7° Ligament thyro-cricoïdien au repos et face interne de l'aryténoïde en tension.....	40 fois — 50	— 4/5 ^{es}
8° Glotte au repos et intervalle articulaire aryténo-cricoïdien...	46 fois — 58	— 11/14 ^{es}
9° Diamètre inférieur du cricoïde et bras vertical du levier cricoïdien.....	42 fois — 52	— 7/9 ^{es}
10° Diamètre inférieur du cricoïde et hauteur oblique de l'aryténoïde.....	40 fois — 52	— 10/13
11° Bras vertical du levier cricoïdien et hauteur oblique de l'aryténoïde.....	40 fois — 52	— 10/13 ^{es}
12° Hauteur du cricoïde et largeur de la face interne de l'épiglotte	34 fois — 44	— 3/4 ^{es}
13° Bras vertical du levier cricoïdien et diamètre transverse de la trachée.....	33 fois — 44	— 3/4 ^{es}
14° Lèvre vocale tendue et diamètre trachéal transverse...	30 — 44	— 5/7 ^{es}
15° Lèvre vocale tendue et bras horizontal du levier cricoï-		

dien.....	26	fois	sur	35	semblables	5/7 ^{es}
16° Diamètres thyro-cricoi- diens antéro-postérieur et trans- verse.....	26	—	35	—		5/7 ^{es}
17° Glotte tendue et largeur de la face interne ou laryngée de l'épiglotte.....	43	—	58	—		7/10 ^{es}
18° Ligament thyro-cricoidien tendu et hauteur verticale de l'aryténoïde.....	36	—	50	—		9/13 ^{es}
19° Lèvre vocale tendue et diamètre inférieur du cricoïde..	34	—	52	—		2/3 ^{es}
20° Diamètre supérieur ou obli- que du cricoïde et longueur de l'épiglotte.....	34	—	52	—		2/3 ^{es}
21° Glotte au repos et bras horizontal du levier vocal....	22	—	35	—		2/3 ^{es}
22° Lèvre vocale tendue et hauteur de l'angle saillant du thyroïde.....	7	—	11	—		7/11 ^{es}
etc. (<i>Voir le tableau ci-après pour la suite</i>).						

L'exposé qui précède fait connaître qu'il existe entre certaines parties de l'organe de la voix des similitudes de dimension très *élevées* et, par conséquent, ayant une importance relative incontestable. La plus élevée de ces similitudes est celle du ligament thyroïdien à l'état normal avec l'insertion commissurale thyroïdienne inférieure des lèvres vocales; elle est de 10/11^{es} et nous avons vu que l'identité millimétrique, entre ces deux parties, est elle-même de 9/11^{es}. Il serait difficile de trouver une concordance aussi complète entre l'identité et la similitude millimétrique. Leur valeur, au point de vue de l'application mensurale, peut donc être considérée comme absolue. Une similitude équivalente, celle de 6/7^{es}, existe entre le bras horizontal du levier cricoïdien, l'intervalle articulaire aryténo-cricoidien et le diamètre inférieur du cricoïde; entre la glotte tendue et le diamètre thyro-cricoidien antéro-postérieur; entre la glotte au

repos et la longueur de la face externe de l'épiglotte.

Cette similitude est de : 9/11^{es} entre la lèvre vocale à l'état de tension et le calibre de la trachée; de 4/5^{es} entre le ligament thyro-cricoïdien au repos et la face interne de l'aryténoïde en tension; de 11/14^{es} entre la glotte au repos et l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien; de 7/9^{es} entre le diamètre inférieur du cricoïde et le bras vertical du levier cricoïdien; de 10/13^{es} entre ce même diamètre inférieur du cricoïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde; de 3/4^{es} entre la hauteur du cricoïde et la largeur de la face interne de l'épiglotte; entre le bras vertical du levier cricoïdien et le diamètre transverse de la trachée; de 5/7^{es} entre la lèvre vocale tendue, le diamètre trachéal transverse et le bras horizontal du levier cricoïdien; entre les deux diamètres thyro-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse ou axe vocal; de 2/3^{es} entre la lèvre vocale tendue et le diamètre inférieur ou calibre du bocal cricoïdien; entre la glotte au repos ou normale et le bras horizontal du levier cricoïdien; entre le diamètre supérieur ou oblique du cricoïde et la longueur de la face interne de l'épiglotte.

§ II. — Chez l'homme. — 90 larynx.

Quoique ma statistique comprenne d'une manière générale plus de 130 larynx masculins, j'ai adopté le nombre 90 comme devant établir une égalité numérique entre les diverses parties soumises à la mensuration et donner aux résultats une valeur scientifique plus irréprochable. Une seule exception sera faite entre les insertions commissurales des lèvres vocales, le ligament thyro-cricoïdien et leurs similaires :

1° Ligament thyro-cricoïdien au repos et insertion commissurale inférieure des lèvres vocales (33 larynx). 26 fois sur 33 ou 6/7^{es}

2° Longueur de la face externe de l'épiglotte et bras horizontal du levier cricoïdien semblable..... 76 fois — 90 ou 5/6^{es}

3° Ligament thyro-cricoïdien au repos et face interne de l'aryténoïde

en tension	73 fois	— 90 ou	4/5 ^{es}
4° Bras vertical du levier cricoïdien et hauteur oblique de l'aryténoïde	73 fois	— 90 ou	4/5 ^{es}
5° Lèvre vocale au repos et hauteur oblique de l'aryténoïde.....	70 fois	— 90 ou	7/9 ^{es}
6° Largeur de la face interne de l'épiglotte et hauteur du cricoïde....	69 fois	— 90 ou	7/9 ^{es}
7° Lèvre vocale au repos et bras vertical du levier cricoïdien.....	67 fois	— 90 ou	3/4 ^{es}
8° Diamètres thyro-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse.....	65 fois	— 90 ou	3/4 ^{es}
9° Bras horizontal du levier cricoïdien et intervalle articulaire aryténo-cricoïdien.....	63 fois	— 90 ou	7/10 ^{es}
10° Glotte au repos et largeur de la face interne de l'épiglotte.....	63 fois	— 90 ou	7/10 ^{es}
11° Diamètre oblique ou supérieur du cricoïde et longueur de l'épiglotte	62 fois	— 90 ou	7/10 ^{es}
12° Glotte tendue et diamètre thyro-cricoïdien antéro-postérieur....	61 fois	— 90 ou	2/3 ^{es}
13° Hauteur de l'anche vocale et calibre du cricoïde.....	23 fois	— 33 ou	2/3 ^{es}
14° Hauteur du thyroïde et hauteur oblique de l'aryténoïde.....	22 fois	— 33 ou	2/3 ^{es}
15° Diamètre inférieur du cricoïde et hauteur oblique de l'aryténoïde...	59 fois	— 90 ou	2/3 ^{es}
16° Lèvre vocale tendue et longueur de la face externe de l'épiglotte	59 fois	— 90 ou	2/3 ^{es}
17° Lèvre vocale tendue et diamètre inférieur ou calibre du cricoïde..	58 fois	— 90 ou	2/3 ^{es}
18° Hauteur de l'anche vocale et lèvre vocale au repos.....	22 fois	— 33 ou	2/2 ^{es}
19° Glotte tendue et diamètre thyro-cricoïdien transverse.....	57 fois	— 90 ou	7/11 ^{es}
20° Glotte au repos et bras horizontal du levier cricoïdien.....	57 fois	— 90 ou	7/11 ^{es}
21° Lèvre vocale tendue et bras			

horizontal 56 fois — 90 ou $7/11^{es}$

22° Diamètre inférieur du cricoïde

et bras vertical du levier cricoïdien. 56 fois — 90 ou $7/11^{es}$

etc. (*Voir le tableau ci-après.*)

L'ordre des similitudes millimétriques ci-dessus démontre que le ligament thyro-cricoïdien avec l'insertion commissurale inférieure des lèvres vocales et la longueur de la face interne de l'épiglotte avec le bras horizontal du levier cricoïdien possèdent les rapports les plus élevés, savoir : $6/7^{es}$ et $5/6^{es}$.

La proportion $4/5$ comprend les similitudes entre le ligament thyro-cricoïdien au repos et la longueur de la face interne de l'aryténoïde en tension, le bras vertical du levier cricoïdien et la hauteur oblique de l'aryténoïde. Viennent ensuite les rapports : $7/9^{es}$ entre la lèvre vocale au repos et la hauteur oblique de l'aryténoïde, la largeur de la face interne de l'épiglotte et la hauteur du levier cricoïdien ; $3/4$ entre la lèvre vocale au repos et le bras vertical du levier cricoïdien, entre les deux diamètres thyro-cricoïdiens, antéro-postérieurs et transverse : $7/10^{es}$ entre la glotte au repos et la largeur de la face interne de l'épiglotte, le bras horizontal du levier cricoïdien et l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien, le diamètre supérieur ou oblique du cricoïde et la longueur de l'épiglotte ; $2/3$ entre la glotte tendue et le diamètre thyro-cricoïdien antéro-postérieur, la lèvre vocale tendue et la longueur de la face externe de l'épiglotte, la lèvre vocale tendue et le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde ; entre la hauteur de l'anche vocale et la longueur de la lèvre vocale au repos, la hauteur du thyroïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde, le diamètre inférieur du cricoïde et cette même hauteur oblique de l'aryténoïde, enfin entre la hauteur de l'anche vocale et la lèvre vocale au repos.

Les autres rapports peuvent être négligés et considérés comme insuffisants.

§ III. — *Comparaison des rapports millimétriques entre les diverses parties de l'organe de la voix dans les deux sexes.*

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces rapports, pour recon-

naître tout de suite qu'il y a identité entre un certain nombre d'entre eux, dans les deux sexes; mais cette identité ne s'applique pas le plus souvent aux mêmes parties de l'organe de la voix. L'identité complète du rapport $3/4$ s'est manifestée pour le ligament thyro-cricoïdien au repos, et la face interne de l'aryténoïde: celui de $2/3$ pour la lèvre vocale tendue et le calibre du cricoïde chez la femme comme chez l'homme.

J'ai constaté une identité relative, c'est-à-dire le même rapport entre des parties de l'organe de la voix dissemblables dans les deux sexes. Le plus élevé de ces rapports, $6/7^{\text{es}}$, comprend chez la femme, le bras horizontal du levier cricoïdien et l'intervalle articulaire aryténoïdien, et chez l'homme le ligament thyro-cricoïdien au repos et l'insertion commissurale inférieure. Viennent ensuite les rapports :

1° $4/5^{\text{es}}$ entre le ligament thyro-cricoïdien au repos et la face interne de l'aryténoïde en tension, chez la femme; le bras vertical du levier cricoïdien et la hauteur oblique de l'aryténoïde, chez l'homme.

2° $3/4$ entre la hauteur du cricoïde et la largeur de la face interne de l'épiglotte, le bras vertical du levier cricoïdien et le diamètre transverse de la trachée, pour le larynx féminin; entre la lèvre vocale au repos et le bras vertical du levier, les deux diamètres thyro-cricoïdiens antéro-postérieur et transverse, pour le larynx masculin.

3° $7/10^{\text{es}}$ entre la glotte tendue et la largeur de la face interne de l'épiglotte pour le sexe féminin; la glotte au repos et la largeur de la face interne de l'épiglotte; le diamètre supérieur oblique du cricoïde et la longueur de l'épiglotte; le bras horizontal du levier cricoïdien et l'intervalle articulaire aryténo-cricoïdien, pour le sexe opposé.

4° $2/3$ entre la lèvre vocale tendue et le calibre du cricoïde; la glotte au repos et le bras horizontal du levier vocal; le diamètre supérieur du cricoïde et la longueur de l'épiglotte pour le larynx de la femme; entre la hauteur de l'anche vocale et le calibre du cricoïde, la hauteur de l'angle saillant du thyroïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde; la glotte

tendue et le diamètre thyro-cricoïdien antéro-postérieur; le diamètre inférieur du cricoïde et la hauteur oblique de l'aryténoïde; la lèvre vocale tendue et la longueur de la face externe de l'épiglotte; entre cette même lèvre vocale tendue et le calibre du cricoïde, pour le larynx de l'homme;

5° $7/11^{\text{es}}$ entre les numéros 22 et 23 pour le sexe faible; entre les numéros 18, 19, 20, 21 et 22 pour le sexe opposé;

6° $3/5^{\text{es}}$ entre les numéros 24 et 25 d'une part, et les numéros 23, 24, 25, 26, 27 et 28 d'autre part.

Un certain nombre de rapports, sans être identiques, sont cependant assez élevés dans les deux sexes pour être considérés, quant à la laryngométrie pratique, comme similaires. Ainsi, le rapport $10/11^{\text{es}}$ pour le sexe féminin, le rapport $6/7^{\text{es}}$ pour le larynx masculin, concernant l'un et l'autre les mêmes parties de l'organe de la voix, c'est-à-dire le ligament thyro-cricoïdien et l'insertion thyroïdienne inférieure des lèvres vocales, diffèrent à peine de $4/77^{\text{es}}$ ou $1/19^{\circ}$. Nous en dirons autant des rapports $4/5^{\text{es}}$ et $10/13^{\text{es}}$, $2/3$ et $5/7^{\text{es}}$, etc.

Quelques-uns sont spéciaux à chaque sexe, et s'ils ont une réelle valeur pour l'un, ils n'en ont aucune pour l'autre. Tels sont, par exemple, chez la femme les rapports $6/7^{\text{es}}$ et $11/14^{\text{es}}$ lesquels correspondent chez l'homme à $4/9^{\text{es}}$ et $1/2$; tels sont chez l'homme les rapports $5/6^{\text{es}}$ et $2/3$, lesquels sont à leur tour les correspondants de $1/2$ et $3/11^{\text{es}}$ chez la femme.

(A suivre).

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CLIMATOLOGIE DE NICE, AU SUJET DES INSUFFLATIONS D'AIR DANS LES OREILLES MOYENNES, PROCÉDÉ DE POLITZER PERFECTIIONNÉ

Par le Dr JACQUEMART.

Les maladies des oreilles ont, pour la plupart, leur siège dans les oreilles moyennes, ou bien ce sont des affections qui ont pris naissance immédiatement dans ces cavités, comme certaines formes de sclérose, par exemple; ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, elles ne sont que

l'extension d'une affection de même nature siégeant préalablement dans les trompes, affection ayant eu son point de départ sur la muqueuse naso-pharyngienne. La muqueuse de la région naso-pharyngienne de la trompe et de la cavité de l'oreille moyenne, étant identique comme structure, ayant même réseau vasculaire du système lymphatique, on comprend qu'une affection des fosses nasales et de la partie haute du pharynx se communique par propagation de voisinage jusqu'aux dernières limites de cette muqueuse quand on lui laisse le temps nécessaire pour cette propagation.

Le traitement de ces affections des oreilles moyennes, et nous dirons aussi des trompes, puisque ces dernières sont atteintes simultanément, consiste toujours, presque exclusivement, en des insufflations d'air simple ou (médicamenteux. Qu'on s'attaque ou non simultanément à la cause initiale, le catarrhe naso-pharyngien, il est toujours indiqué quand même de faire lesdites insufflations.

Nous n'entrerons pas dans l'explication des raisons pour lesquelles nous trouvons ce mode de traitement nécessaire. Nous admettons le fait comme étant reconnu en principe, et nous voulons seulement nous occuper des moyens d'appliquer ce traitement.

Pour faire les insufflations d'air dans les oreilles moyennes, on faisait depuis longtemps le cathétérisme des trompes d'Eustache au moyen de sondes disposées pour cela, selon le chemin qu'il fallait parcourir afin d'atteindre l'embouchure des dites trompes, embouchures situées dans l'espace pharyngien supérieur et postérieur des fosses nasales.

Le premier homme qui eut l'idée de faire le cathétérisme des trompes, fut, on le sait, un maître de poste de Versailles, nommé Guyot qui, devenu sourd et ressentant l'impression d'oreilles bouchées, s'est dit qu'en dégageant les trompes (il s'était instruit sur la conformation anatomique de l'oreille) il pourrait se soulager; et en effet,

ayant réussi dans sa tentative, il fut absolument débarrassé et guéri de sa surdité.

Ce Guyot était arrivé jusqu'à l'entrée des trompes en introduisant une sonde par la bouche, et en remontant derrière le voile du palais jusqu'à la rencontre des orifices tubaires. Guyot eut des imitateurs. Mais cette voie n'était pas facile à suivre chez tous les individus. Chez beaucoup, en effet, la sensibilité réflexe du pharynx empêchait de pénétrer au-dessus du voile. On songea alors à passer par les fosses nasales pour atteindre l'embouchure des trompes. C'était la voie la plus directe et de cette façon on n'aurait plus à lutter contre l'action réflexe. On modifia donc la courbure des sondes et on parvint plus facilement par cette nouvelle voie qu'on n'avait fait jusque-là par le procédé de Guyot. On prit des points de repère, et on décrivit des procédés. Il arriva même ceci, c'est que tous les chirurgiens qui s'occupèrent d'otologie exposèrent chacun une méthode à laquelle ils donnèrent leur nom. Chacun prétendit que la sienne était la meilleure. La diversité même des procédés montre que l'introduction d'une sonde par les fosses nasales et sa pénétration sûre dans la trompe n'est pas chose facile comme on pourrait le croire de prime abord. Pour moi, j'ai vu de nombreuses variétés dans la conformation des fosses nasales. J'ai vu, précisément en raison de ces variétés qu'on est souvent arrêté quand on se sert d'un procédé toujours semblable, quel que soit d'ailleurs ce procédé. Je me suis dit alors que le seul qui soit bon, c'est celui qui les comprend tous, c'est-à-dire qui emprunte à chacun ce qui convient au cas qui se présente, suivant la conformation des fosses nasales de la personne qui nous est soumise.

Mais je reviens à mon sujet : J'ai dit qu'il y a lieu de faire le cathétérisme de la trompe pour insuffler de l'air dans la caisse tympanique ; ce fut même le seul moyen employé depuis Guyot jusqu'à ces dernières années. Le cathétérisme demande une main exercée. Ce que je viens

de dire des difficultés de la chose le montre assez. Or il y a peu de spécialistes ou d'hommes sachant le faire couramment avec certitude de réussir. D'autre part les malades ne peuvent pas, la plupart du temps, se tenir déplacés de chez eux pendant les longs mois, quelquefois plus, que doit durer le traitement répété deux ou trois fois par semaine. Ou bien ils n'ont pas les moyens pécuniaires de revenir aussi souvent qu'il le faudrait vers le spécialiste pour que ce dernier renouvelle l'opération. Il arrive donc presque toujours que l'affection reconnue n'est pas soignée ou l'est incomplètement; et bien entendu, dans ces conditions, elle continue à progresser. Je ne dis rien des personnes pusillanimes qui refusent tout traitement du moment que ce traitement comporte le cathétérisme.

M. le Dr Politzer, de Vienne, indiqua un autre procédé pour introduire de l'air dans les oreilles moyennes. M. Politzer s'est appuyé sur le principe physiologique qui fait que la trompe s'ouvre quand s'effectue la déglutition.

On sait que la trompe est ordinairement fermée par l'accolement de ses parois cartilagineuses et membraneuses. On sait que le muscle péristaphylin externe s'insère d'une part au tendon qui va se confondre avec l'aponévrose palatine, qu'il s'insère d'autre part en grande partie à l'aile antérieure du pavillon tubaire. De même le péristaphylin interne prend ses attaches au voile du palais et à l'aile postérieure du pavillon. Enfin le constricteur pharyngien supérieur prend ses attaches extrêmes sur les cartilages postérieurs de l'un et l'autre pavillon tubaire. On voit par ces données anatomiques très sommaires, mais que je n'ai pas cru devoir développer davantage pour ce travail, on voit, dis-je, que l'orifice de la trompe doit s'ouvrir pendant les mouvements de déglutition.

L'aile antérieure du pavillon est tirée en avant, en dehors et en bas par la contraction du muscle péristaphylin externe; l'aile postérieure est d'autre part tirée

en arrière, en dedans et en bas par le péristaphylin interne et aussi par le muscle constricteur pharyngien supérieur; en un mot, si nous examinons ces trois muscles en fonction à l'état de contraction, c'est-à-dire dans l'acte de la déglutition, nous voyons qu'ils produisent du même coup le relèvement du voile du palais, l'élévation du pharynx, et l'obturation de la cavité naso-pharyngienne. Cette obturation tend à empêcher le reflux des aliments, surtout des liquides vers la partie supérieure du pharynx et les fosses nasales. Mais un autre effet obtenu simultanément, c'est l'ouverture des trompes.

M. Politzer, considérant ce double effet, la fermeture de la cavité naso-pharyngienne et l'ouverture des trompes, songea à profiter de ce moment pour pousser de l'air dans les trompes et jusque dans les oreilles moyennes. — Pour cela il fait prendre au malade un peu d'eau dans la bouche. Ensuite il ferme les fosses nasales, l'une avec le doigt appuyé sur la partie molle de la narine, l'autre avec une canule olivaire à laquelle se rattache une grosse poire à insufflation. Il peut même fermer les deux narines, chacune par une canule olivaire.

Le malade a gardé l'eau en réserve dans la bouche. Alors, au commandement de « avalez » le médecin ou toute autre personne, le malade lui-même presse simultanément sur la poire à insufflation. L'air, ainsi chassé avec force dans l'espace naso-pharyngien, fermé de toute part par le fait de la déglutition simultanée, cet air, dis-je, comprimé, cherche une issue. C'est alors qu'il rencontre, béantes, les deux trompes ouvertes par le même mouvement de déglutition, et qu'il est chassé plus ou moins loin dans les conduits tubaires. Et même si les trompes ne sont pas obstruées ou rétrécies, si, d'autre part, la compression de la poire a été faite bien simultanément avec le mouvement de déglutition, il est probable qu'une certaine quantité d'air pourra pénétrer jusque dans les oreilles moyenne.

M. Politzer a donc réussi, par ce moyen, à insuffler de

l'air dans les trompes et les caisses, sans qu'il fût nécessaire de recourir au cathétérisme proprement dit. Il a certainement rendu service à ses malades, car, lorsque le malade est familiarisé avec cette manœuvre qu'il peut, du reste, effectuer tout seul, il peut retourner chez lui et se soigner lui-même.

Placé souvent comme M. Politzer en présence de personnes qui ne pouvaient rester soumises à mes propres soins, consistant en cathétérismes répétés par moi, j'ai songé à recourir au procédé du docteur viennois. J'ai souvent fait les mêmes prescriptions. Mais très souvent j'ai retrouvé les malades, après un certain temps, nullement améliorés ; et même l'affection avait progressé sensiblement. Après m'être rendu compte que les malades avaient soigneusement rempli toutes les indications que je leur avais fournies, je restai convaincu, non que le procédé de M. Politzer fût mauvais en soi, car il est rationnel, et le principe en est absolument bon ; mais j'ai trouvé que, bien souvent, il est insuffisant tant qu'il reste limité aux indications que j'ai décrites plus haut. En effet, par le fait même de l'affection qui en a motivé l'emploi, les trompes sont ou rétrécies ou plus ou moins obstruées par les sécrétions muqueuses toujours abondantes dans tout état catarrhal. Il arrive donc que les trompes peu ou point perméables ne peuvent être franchies dans toute leur longueur par la colonne d'air qui n'est pas assez forte pour vaincre les obstacles que je viens de signaler. Alors l'insufflation n'arrive pas dans l'oreille moyenne et le but est manqué. La maladie continue à progresser dans les caisses ; la muqueuse s'épaissit, durcit ; les articulations des osselets s'ankylosent, et la surdité s'accroît. Supposons même que l'air ait pu pénétrer jusqu'à la caisse ; cet air, projeté par le simple procédé et la poire de M. Politzer, n'est que de l'air simple, souvent incapable, comme tel, d'opérer les modifications que réclame la muqueuse déjà malade. On sent qu'il faut qu'un agent médicamenteux, approprié à la lésion passe par là. Et si,

au lieu d'air simple, on avait projeté de l'air chargé au passage de quelque médicament volatil, on aurait probablement vu tout doucement les choses se passer de toute autre façon. On aurait provoqué des poussées quelque peu aiguës sur cette muqueuse atteinte chroniquement et, comme tous les autres organes traités ainsi par substitution, on l'aurait ramenée à son état normal, ou du moins on l'aurait sensiblement améliorée.

M'inspirant de ces réflexions, j'ai songé à perfectionner le procédé de M. Politzer. J'ai cherché à donner plus de puissance à l'air projeté, et, d'autre part, à faire passer cet air projeté préalablement sur un mélange facilement volatilisable. — Au lieu de la simple poire à insufflation dont se sert M. Politzer et qui porte son nom, j'ai pris une poire à double ballon de Richardson.

La deuxième boule peut acquérir par distension une capacité double et même triple de la poire de M. Politzer. J'ai donné à cette boule des parois élastiques très épaisses de manière qu'elles réagissent avec beaucoup d'énergie. J'ai adapté cette poire de Richardson à un flacon à deux tubulures, flacon d'une capacité assez grande aussi. En donnant à ce flacon une capacité double de la poire de Politzer, j'ai obtenu un volume quatre ou cinq fois plus grand que dans cette dernière.

Cependant comme on ne peut compter comme air projeté que la quantité qui sera expulsée de l'appareil par l'élasticité du réservoir de caoutchouc, j'estime à peu près que nous aurons doublé le volume qu'aurait pu donner la simple poire de M. Politzer. On pourrait augmenter certainement ce volume en augmentant les proportions des réservoirs; mais en doublant, cela est suffisant pour vaincre les obstacles ordinaires et arriver jusque dans la caisse. Quand l'engouement ou l'obstacle à la perméabilité de la trompe résiste à cette pression, il faut alors faire le cathétérisme avec la sonde.

Dans le fond du flacon à deux tubulures, je mets une petite quantité d'une substance médicamenteuse volatile

destinée à être entraîné par le courant d'air et portée avec lui jusque dans les trompes et les caisses tympaniques. La substance volatilisable que j'emploie est la suivante :

- | | | |
|--|---|---------------------|
| 1° Goudron de Norvège..... | } | par parties égales. |
| 2° Teinture d'iode préparée avec
de l'alcool éthylique..... | | |
| 3° Camphre..... | | |

J'ai, je crois, de cette façon, réalisé les deux desiderata de l'appareil de M. Politzer, à savoir : plus de puissance à l'air projeté, et possibilité de porter un médicament indiqué dans les oreilles moyennes. Un robinet placé sur l'une des tubulures (naturellement ce sera sur celle de dégagement, ou sur le tube de caoutchouc qui la continue), permet d'accumuler l'air dans la boule et dans le vase; et il suffit d'ouvrir ce robinet juste en même temps qu'on effectue le mouvement de déglutition. En outre, au lieu de n'avoir qu'une seule olive de terminaison, j'ai mis un tube double et deux olives. De sorte qu'on ferme chaque fosse nasale avec une olive, au lieu d'avoir à maintenir l'une des narines fermée avec le doigt. L'air pénètre beaucoup mieux et plus largement de cette façon.

Les essais que j'ai faits de ce procédé perfectionné furent suivis d'excellents résultats. J'ai vu les malades que j'avais soignés, auxquels j'avais fait depuis quelque temps le cathétérisme et qui bénéficiaient chaque jour d'une amélioration progressive, pouvoir continuer à s'améliorer sensiblement en faisant chaque jour une courte séance d'insufflation avec mon appareil. — D'autres moins heureux le furent pourtant assez pour conserver l'amélioration que je leur avais donnée moi-même. Or, c'est un succès par cela même qu'on reste dans le *statu quo*. Le simple procédé de M. Politzer ne m'a jamais donné le même résultat.

Il est évident que lesdites insufflations d'air dans les trompes ne remplacent pas absolument le cathétérisme

par la sonde faite *manu experta*. Il est non moins évident que quand il m'a été possible de soigner le malade moi-même, aussi longtemps qu'il l'a fallu, je suis arrivé à des résultats bien meilleurs. Mais, je l'ai dit plus haut, je n'emploie ce mode de traitement que quand pour une raison quelconque je ne puis agir moi-même.

J'ajouterai que ces insufflations n'ont de chance d'être efficaces qu'à la condition que les trompes soient d'ores et déjà perméables quand on les pratique. Autrement l'air se perd dans la gorge, et bien entendu le résultat s'accuse à la fin par zéro. C'est pourquoi toutes les fois qu'un malade susceptible de ce traitement se présente à moi, je commence toujours par lui faire moi-même, avec la sonde, une série de cathétérismes. Et je ne lui prescris le traitement en question qu'après que j'ai bien mis en état les conduits tubaires. D'ailleurs pour que le traitement des insufflations produise bon effet, il faut que les insufflations soient très bien exécutées, comme je l'ai décrit d'autre part; il faut que nous les fassions faire sous nos yeux un certain nombre de fois, en auscultant nous-même l'oreille au moyen du tubeotoscope qui nous avertit si oui ou non l'air a pénétré dans la trompe et la caisse. Et quand nous remarquons quelque défectuosité dans le *modus faciendi*, nous faisons rectifier jusqu'à parfaite exécution.

Enfin il convient que le malade revienne vers nous de loin en loin, afin que nous puissions nous assurer que les conduits sont toujours perméables, pour que nous fassions même quelques cathétérismes destinés à augmenter cette perméabilité.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Résection du maxillaire, par le Dr MONOD.

A la Société de Chirurgie, M. Monod présente deux malades qui ont subi : la première, l'ablation du maxillaire

supérieur avec perte de substance considérable de la joue; la seconde, la résection du maxillaire inférieur pour un cancer du plancher de la bouche. Dans ce dernier cas, il a pratiqué la trachéotomie préventive dans le but d'empêcher la pneumonie infectieuse qu'on observe souvent à la suite de ces opérations. (*Gaz. des Hôp.*, 20 février 1886.)

D^r J. CH.

Cas rare de sténose pharyngée syphilitique, etc.,
par M. le D^r DUCREY.

C'est un cas de double sténose du pharynx de nature syphilitique bien étudiée sur le cadavre (macro et microscopiquement) L'individu avait des lésions de la même nature dans les autres organes. (*Rivista Clinica e Terapeutica*, n^{os} 11 et 12, 1886, Naples.)

D^r F. C.

Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente, différences d'indications, par M. TRÉLAT.

Les malades sont trois jeunes femmes. La première ne présente aucun signe de syphilis, elle est simplement scrofuleuse.

Pour la seconde, on peut se demander s'il s'agit de syphilis héréditaire ou tuberculeuse, mais le voile du palais a contracté des adhérences solides avec les parties voisines. Il y a lieu chez cette malade comme pour la troisième d'intervenir chirurgicalement. Chez cette dernière, la syphilis est nettement en cause. M. Trélat fait la staphylorrhaphie simple, incision et avivement des bords de la division et trois points de sutures. (*Gaz. des Hôp.*, 27 février 1886.)

De l'épulis, par M. le D^r POLAILLON.

L'épulis est considéré par la plupart des chirurgiens comme un sarcome des couches profondes de la gencive, avec tissu cellulaire en voie d'évolution. Il se développe repoussant les parties molles voisines et n'envahit que tardivement le tissu osseux. L'intervention doit être prompte, sinon la vie du malade ne tarde pas à être compromise. L'auteur rapporte deux observations empruntées à la thèse de M. Philippeau. Dans le premier cas, le malade, âgé de vingt-cinq ans, fut

opéré mais la tumeur récidiva. Le second malade avait vingt-six ans. (*Paris médical*, 17 juillet 1886). D^r J. CH.

De la nature épidémique et contagieuse des aphtes,
par le D^r Edmond CHAUMIER.

L'auteur nous dit qu'il a été amené à se demander quelle pouvait bien être la nature des aphtes, en voyant le nombre infini de causes qu'on leur attribuait. Il a depuis longtemps remarqué qu'il était rare de rencontrer un cas isolé d'aphtes. En effet, il relate quatre observations qui lui suffisent, croit-il, à montrer la nature épidémique et contagieuse des aphtes; car, dans tous ces cas, l'affection se rencontrait chez un groupe de personnes vivant en commun. Il rappelle que Rillet et Barthez, Steiner, Jaccoud, Grisolle, ont déjà parlé dans le cas particulier de constitution médicale et d'épidémie.

Cette nature épidémique et contagieuse des aphtes étant admise, on se rend, d'après M. Chaumier, facilement compte de l'erreur d'interprétation où sont tombés les auteurs qui ont assigné aux aphtes des causes si multiples, car la plupart des maladies citées comme produisant des aphtes, sont précisément des maladies épidémiques. Pour ce qui est des aphtes à répétition, on les peut expliquer par la conservation des germes dans les habitations, les vêtements ou le malade lui-même.

Les conclusions de l'auteur sont que les aphtes sont épidémiques, contagieux; qu'ils peuvent survenir chez des sujets sains, mais qu'ils se montrent fréquemment sur des personnes déjà affaiblies par les maladies, ce qui les a fait considérer comme symptomatiques de ces maladies. Il termine son article par une courte indication bibliographique. (*Gazette médicale de Paris*, n° du 21 août 1886.) M. NATIER.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

L'épistaxis, par M. le professeur FASANO.

C'est un simple travail de compilation, rédigé avec quelque soin. Il comprend la définition, les formes, l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette

affection assez commune. (*Archivio Internaz. di Laring.*, etc., an II, n° 4, Naples.)

D^r F. C.

La prophylaxie de l'éternuement et de l'épistaxis,

par M. le D^r BARGELLINI.

Pour empêcher l'éternuement, l'auteur dit qu'il suffit de comprimer fortement, avec le doigt, l'angle formé par la lèvre supérieure avec le nez, en poussant en haut vers la cloison. Chez une petite fille âgée de sept ans qui, à la suite d'une chute, se cassa l'aile droite du nez, il put par ce moyen empêcher l'éternuement et obtenir la guérison *per primam intentionem*. Cela, en outre, lui fait croire juste l'opinion de M. Baratoux relativement au siège de la zone sensitive. Il invite les confrères à vouloir bien expérimenter ce traitement dans les cas de spasme starnutatoire.

Pour prévenir l'épistaxis, l'auteur recommande l'emploi du tabac pour le nez, moyen très avantageux, selon l'avis de MM. les D^{rs} Censotti et Vaselli, de Siene. (*Archivio Internazionale di Laring.*, *Rinolog.*, etc., an II, n° 4, Naples 1886.)

D^r F. CARDONE.

La parosmie, ses causes et son traitement (*Parosmia, sue cause e cura*), par M. le professeur GRAZZI.

Selon l'avis de l'auteur, la perversion du sens de l'odorat, et particulièrement la perception d'odeurs désagréables et puantes, est presque toujours subjective, mais quelquefois les sécrétions nasales chez les personnes atteintes peuvent être de mauvaise nature, alors même que celle-ci ne serait pas proportionnée à la description qu'on fait au médecin. La parosmie peut provenir d'une affection des centres nerveux, ou des terminaisons des nerfs olfactifs. On peut considérer comme atteintes de parosmie les personnes qui conservent pendant plusieurs heures, ou même des jours entiers, une odeur aspirée précédemment, ou celles qui, sentant une fleur, un met, etc., perçoivent une odeur qui n'est pas la vraie. Après avoir décrit les autres formes secondaires de parosmie, l'auteur parle du pronostic et du traitement.

Pour ce dernier, quand il n'est pas besoin du traitement causal, il faut recourir aux calmants, cocaïne, de préférence. (*Bollettino delle malattie dell'Orecchio*, etc., an V, n° 1, Florence, 1887.) D^r F. CARDONE.

Les phénomènes réflexes d'origine nasale et les injections sous-muqueuses de cocaïne (*I fenomeni riflessi d'origine nasale, ecc.*), par M. le D^r FERRERI.

Ce travail est une revue synthétique bien soignée dans laquelle manque seulement quelques travaux italiens. Il se termine par la description d'un instrument qu'emploie M. le professeur de Rossi, de Rome, pour les injections sous-muqueuses de cocaïne dans les cavités nasales et dans le larynx. Cet instrument est une seringue à trois anneaux sur laquelle est inséré un long tube d'acier légèrement courbé à son extrémité; on y adapte une aiguille d'or pour injections. Selon l'avis du D^r Ferreri, l'emploi de la cocaïne avec cette méthode est préférable à celui du pinceau pour la rapidité de l'anesthésie. D^r CARDONE.

Méthode pour faciliter l'ablation des polypes muqueux du nez, par M. le professeur LABUS.

L'auteur conclut en disant que l'ablation des polypes muqueux du nez, pratiquée à l'aide du rhinoscope avec le serre-nœud, est une manœuvre mieux supportée que celle avec les pinces. Elle est plus délicate et moins douloureuse, respecte les parties saines et ne cause pas des lésions inutiles. Avec cette méthode, on peut pratiquer des ablations qu'on ne peut pas accomplir avec les pinces, enfin pratiquer une opération complète et assurer une guérison définitive.

Article soigneusement rédigé, plein de précision clinique, et des détails techniques quelquefois originaux. (*Gazzetta degli Ospitali*, an VIII, n° 3, Milan, 1887.) D^r F. C.

LARYNX ET TRACHÉE.

Contribution au traitement des laryngosténoses après la trachéotomie, par le cathétérisme, par le D^r A. MALFILATRE.

L'auteur, dans un premier paragraphe, nous énumère les causes des rétrécissements chroniques du larynx.

A. La sténose laryngée peut être engendrée par l'accumulation de dépôts plastiques, suite d'inflammation chronique. Les rétrécissements survenant en pareil cas peuvent, dit l'auteur, recevoir l'épithète d'*organiques*.

B. Les rétrécissements *cicatriciels* comme l'indique leur nom sont consécutifs à la formation de cicatrices.

Les fractures, les chondrites et les périchondrites suivies de nécrose et d'élimination des portions cartilagineuses peuvent amener des déformations rendant impossible la dilatation mécanique et faire recourir à d'autres procédés.

Le tubage fréquemment employé à l'étranger n'est guère en usage chez nous, où d'emblée on recourt à la trachéotomie. Celle-ci peut suffire quand les accès de suffocation sont dus à un œdème aigu ou à un spasme greffés sur la maladie principale; ces symptômes disparaissant, la canule peut ensuite être enlevée. Mais, malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi; de là le nombre vraiment considérable de tentatives faites pour arriver à débarrasser de leurs canules les malheureux patients.

Ainsi que le comporte la règle, il faudrait faire remonter à Hippocrate le cathétérisme du larynx, bien que la chose ne soit nullement prouvée. Desault qui, par erreur, introduisit dans le larynx une sonde œsophagienne le remit en honneur au XVIII^e siècle. En 1858, Bouchut essaya de le substituer à la trachéotomie dans le croup; Weinlechner reprit à son tour la méthode et souleva par la publication de ses résultats en 1871 de violentes discussions. Grâce à Schroetter, le cathétérisme est devenu d'un usage courant en Autriche, en Russie et en Allemagne. O'Dwyer et plusieurs autres, en Amérique, ont repris la méthode de Bouchut avec des instruments plus perfectionnés.

L'auteur fait ensuite l'historique du *cathétérisme par la plaie trachéale*, dont la première tentative fut faite en 1827 par Liston qui obtint un succès.

Vient ensuite le *cathétérisme par la voie buccale* que J. Roux (1856) fut le premier à pratiquer.

Dans un chapitre consacré aux méthodes diverses de cathé-

térisme, l'auteur commence par exposer la *méthode de Schroetter*. Il serait injuste, nous dit-il, d'attacher à Schroetter seul l'invention de la méthode : il faut en effet rappeler qu'avant lui Trendelenburg s'était servi pour le cathétérisme laryngé, de petits cônes en étain. Mais Schroetter eut le mérite de modifier le procédé en substituant aux instruments coniques un instrument absolument en rapport avec la forme de l'ouverture glottique, et en faisant construire un conducteur à courbure appropriée. L'introduction de l'instrument doit se faire avec un bon éclairage. Au moment où le cathéter arrive dans l'endroit rétréci, une petite toux et une sensation spéciale éprouvée par le malade indiquent que l'instrument est bien placé. Il est ensuite fixé et maintenu en place. Au début le cathéter reste et demeure pendant quelques heures seulement ; plus tard, il est laissé en place pendant vingt-quatre heures. Ce cathétérisme doit être répété chaque jour.

Schroetter emploie aussi pour le tubage du larynx, et pour préparer la voie au cathéter, des sondes en caoutchouc durci. (Dilatateurs de Morell-Mackensie, de Navratil, de Whistler, de J. Moure). Après avoir rappelé que la pince à polypes de Fauvel peut servir au cathétérisme, M. Mafilâtre signale la pince à trois branches de Morell-Mackensie, le dilatateur à quatre branches de Navratil ; le couteau laryngien de Whistler et enfin le dilatateur à quatre branches de Moure dont le principal avantage est de pouvoir se manœuvrer d'une seule main.

Les *olives* de Trendelenburg ont pour but d'amener une dilatation progressive du larynx.

Braun s'est servi de ballons de caoutchouc qui lui ont donné un succès dans une laryngosténose due à un goître.

Les *canules dilatatrices* ont aussi, dans certains cas, procuré de bons résultats, mais ce n'est en général que comme complément de la laryngofissure qu'on les emploie.

La *laryngofissure* est une opération essentiellement française et la seule applicable aux obstructions du larynx avec déformation considérable. On devra encore y avoir recours dans le cas d'insuccès du cathétérisme.

L'introduction du cathéter dans le larynx doit être précédée

de l'anesthésie préalable de l'organe. La cocaïne a aujourd'hui détrôné les nombreux procédés jadis employés pour obtenir cette anesthésie. L'insensibilité obtenue, on essaye en tâtonnant d'introduire le plus gros cathéter possible.

La *laryngotomie interne* consiste à détruire les brides ou bourrelets cicatriciels pouvant empêcher le cathétérisme du larynx dont ils ferment l'ouverture. Jacobson préfère la laryngotomie externe qu'il pratique après introduction préalable d'une baguette d'étain qui lui sert de conducteur.

Le *cathétérisme par la fistule trachéale*, après avoir été presque abandonné, tend aujourd'hui à reprendre quelque faveur; il est plus facile et plus expéditif que le cathétérisme par la voie buccale.

La méthode de Schrötter qui semble n'avoir pas rencontré en France beaucoup d'adeptes, a, dans 36 cas rassemblés par Hering, fourni 8 guérisons complètes; 10 fois la canule ne put être enlevée, bien que la lumière du larynx eût recouvré ses dimensions normales et que la voix fût suffisamment améliorée. Enfin, dans les 18 autres cas, 4 fois la canule put être éloignée momentanément et 14 fois l'amélioration fut nulle. M. Malfilâtre explique ces insuccès apparents en disant que seules les laryngosténoses vraiment rebelles ont nécessité en même temps que le tubage, la trachéotomie. Il croit du reste que les observations fournies depuis 1881 sont plus favorables à la méthode de Schrötter.

Le *cathétérisme ordinaire* est loin d'offrir les mêmes avantages, ce qui se comprend par la difficulté où l'on se trouve de maintenir à demeure le cathéter. Le cathétérisme doit être commencé le plus tôt possible. On s'en servira dans les rétrécissements organiques et cicatriciels, il faudra lui préférer la laryngofissure dans les rétrécissements par déformation de la charpente cartilagineuse.

L'action produite par le cathétérisme aurait pour résultat une inflammation autour du cathéter, suivie de la résorption et de l'atrophie des infiltrats organisés. De plus, les cathéters de Schrötter, grâce à leur forme prismatique tendent à rendre à la glotte sa configuration normale.

La canule ne doit être supprimée que si la respiration s'effectue depuis longtemps avec facilité, même pendant un travail pénible, la canule étant bouchée ou bien enlevée. Les séances de tubage sont elles-mêmes éloignées peu à peu et supprimées au besoin pendant quelque temps. Il sera peut-être bon de n'abandonner jamais entièrement le cathétérisme chez un individu qui aura été frappé d'une laryngosténose grave ayant nécessité un traitement prolongé.

M. Malfilâtre, à la fin de sa thèse, relate 5 observations très détaillées avec 2 guérisons et 3 améliorations.

Son travail se termine par 3 pages d'indications bibliographiques. (*Thèse Paris*, 1886, n° 332.) M. NATIER.

Paralysie des dilateurs de la glotte, par le D^r GOUGUENHEIM.

Il s'agit d'un malade atteint d'une paralysie des dilateurs telle, que la trachéotomie dût être pratiquée. Le malade succombe quinze mois après de tuberculose pulmonaire.

À l'autopsie, adénopathie péri-trachéo-bronchique, altération du récurrent, muscle crico-aryténoïdien postérieur sain, même à l'examen histologique. Gouguenheim croit que l'on a beaucoup exagéré la fréquence de la paralysie des dilateurs; avec Krause de Berlin, Hooper et quelques autres auteurs, il pense qu'il s'agit bien plus souvent d'une contraction des muscles laryngiens que d'une paralysie des dilateurs dont l'origine serait plus difficile à expliquer. (Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences, 1886 et *Annales des maladies de l'oreille*, etc., n° 9, sept. 1886.)

Inauguration du cours de laryngologie à l'Université de Naples pendant l'année 1886-87 (*Pretezione al corso di Laringologia*), par M. le professeur MASSEI.

L'auteur a soin de démontrer l'importance de la laryngologie, au point de vue de la spécialité, en particulier, et de la clinique, en général, avec des exemples pratiques. Il présente trois cas, un de syphilis du pharynx et du larynx, le second de tuberculose primitive du larynx, et le troisième de paralysie double des muscles crico-aryténoïdiens posté-

rieurs (ou spasme des adducteurs?) dû au tabes dorsalis. Important est le second cas, mais très important le dernier. Dans celui-ci, il s'agissait d'une femme chez laquelle existait une abolition des réflexes tendineux, de l'anesthésie, de la sensation de froid à la face et autres désordres du système nerveux. La malade était souvent atteinte de *crises laryngées*.

A notre avis, dans ces cas de *crises*, il s'agirait plutôt d'un spasme que d'une paralysie. (Extrait de la *Réf. Méd.*, novembre 1886.)
D^r C.

Tumeur trachéale extirpée par les voies naturelles,
par M. le professeur G. MASINI.

Il s'agissait d'un fibro-myxome. La tumeur était située sur les premiers anneaux de la trachée et dans la phonation se présentait entre les cordes. Elle fut extirpée par les voies naturelles et facilement, en une seule fois. L'auteur pratiqua préalablement l'anesthésie avec la cocaïne : il employa des pinces spéciales, comme celles de Mackensie, mais les branches horizontales avaient la courbure des pinces de Schrötter, et les branches verticales étaient plus longues. (*Riforma medica*, n° 275, Naples, 1886.)
D^r F. C.

Retrécissement syphilitique de la trachée et des bronches.
— Gomme sous-périostique du pariétal. — Exostose du frontal. — Infiltration gommeuse du temporal gauche, par J. BESANÇON, interne des Hôpitaux.

Il s'agit d'un homme, âgé de soixante-deux ans, qui avait contracté la vérole à vingt ans. Il eut un chancre du gland et à plusieurs reprises des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus. Médication mercurielle énergique pendant plusieurs années. Stomatite, coryza spécifique, nécrose des os du nez, tumeurs crâniennes sont survenus chez lui aux diverses périodes de sa lésion. Il a pris des quantités énormes de sirop de Gibert et d'iodure de potassium.

Il est entré à l'hôpital pour des accès d'étouffement liés à un emphysème pulmonaire. L'ouverture de la narine gauche n'est pas visible. Au crâne, au niveau du lambda, existe une tumeur de la grosseur d'un petit œuf. En avant, le fron-

tal est bosselé, dur, irrégulier. Rien à l'examen clinique des viscères. Inefficacité du sirop de Gibert et de l'iodure.

Le malade meurt au bout d'un mois et demi de pneumonie.

A l'autopsie, surcharge graisseuse du péritoine. Le poumon droit est immobilisé à sa base; il est très emphysémateux. Le poumon gauche a son lobe atteint de pneumonie, pendant que tout le reste est le siège d'emphysème et d'un certain degré de congestion. Rétrécissement semi-annulaire à deux centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée et sur sa partie postérieure. Un peu au-dessus du rétrécissement, dépression et cicatrice étoilée. Orifice inférieur du larynx très rétréci. Rétrécissement de la bronche au niveau de son origine. Nulle altération gommeuse des bronches intra-lobulaires ou du parenchyme. — Langue intacte ainsi que tube digestif. Système artériel sain, cœur graisseux; rien du côté des autres organes. Quant au *foie*, il ne présente pas trace de cicatrices syphilitiques ni de gommès. On y rencontre deux tumeurs contenant deux hydatides mortes. Le *crâne* offre une hyperostose du frontal, une gomme sous-périostique du pariétal et une infiltration gommeuse du temporal gauche.

L'intérêt de cette observation réside pour M. Besançon dans la sténose trachéo-bronchique qu'aucun signe n'avait fait reconnaître avant la mort. Il n'existait en effet, pas de cornage et la gêne respiratoire accusée par le malade, était sous la dépendance de l'emphysème pulmonaire. Ceci, tendrait à prouver que les ulcérations tertiaires de la trachée, peuvent évoluer et guérir en laissant au conduit un calibre suffisant pour la respiration (*Progrès Médical* du 12 juin 1886).

M. NATIER.

**De l'introduction dans les voies aériennes de dents
extraïtes, par L.-H. PETIT.**

L'auteur rapporte deux observations : l'une due à un médecin de province qui mandé auprès d'un malade, dans le poumon droit duquel une dent était tombée depuis 8 mois, put l'en expulser sous l'influence de poudres sternutatoires.

Dans le second cas, une dent molaire était aussi tombée dans le poumon droit, Marshall, à l'hôpital Saint-Thomas, pratiqua en vain la pneumotomie; la dent ne put être extraite et on n'obtint qu'une amélioration des symptômes. (*Union médicale* du 13 mars 1886, n° 35.)

Trachéotomie d'urgence (*Tracheotomia d'urgenza*),
par M. le D^r NUOLI.

Dans une séance de la Société Lancisienne des Hôpitaux de Rome le D^r Nuoli rapporte le cas d'une trachéotomie d'urgence pratiquée avec le seul bistouri, sans l'aide d'autres instruments.

L'index dans l'incision des anneaux trachéaux suffit pour assurer à l'air une nouvelle voie. (*La Riforma Medica*, Naples, sept. 1886.)
D^r CARDONE.

Corps étranger de l'œsophage, laryngotomie, trachéotomie, guérison (*Impaction of a foreign body in the œsophagus, laryngotomy tracheotomy recovery*, par le D^r CHRISTOPHER HEATH.

Ils'agit d'un enfant qui, pendant son repas, pris d'un accès de dyspnée très intense, fut apporté à l'hôpital très cyanosé et faisant de violents efforts inspiratoires qui ne réussissaient à faire passer dans les poumons qu'une très petite quantité d'air. On pratiqua séance tenante la laryngotomie; celle-ci n'ayant pas suffi, on pratiqua la trachéotomie en laissant intact le cricoïde. L'enfant ne tarde pas à se remettre. On lui administre alors du chloroforme et l'on examine le pharynx et le larynx sans rien trouver d'anormal. On introduit alors une sonde dans l'œsophage que l'on trouve obstrué. Par une forte pression, on réussit ensuite à faire pénétrer la sonde jusque dans l'estomac. On introduit ensuite un stylet dans le larynx et la trachée par la plaie trachéale et l'on ne rencontre aucun obstacle. Le malade, à son réveil, fut pris de vomissements et rendit un gros morceau de viande, long d'un demi-pouce et large de trois quarts de pouce et d'environ un demi-pouce d'épaisseur. Le malade guérit.

L'auteur fait observer qu'il est difficile dans ce cas, de préciser la cause de la dyspnée; deux hypothèses pouvaient être

faites ou le corps étranger s'était arrêté en partie sur l'orifice de l'œsophage en partie sur celui du larynx, ou son passage avait donné lieu à un spasme du larynx. Quoi qu'il en soit, la gravité des symptômes suffisait dans ce cas pour justifier l'intervention chirurgicale.

Nous ferons observer que, dans l'ignorance où se trouvait le chirurgien du siège de la sténose, il aurait dû pratiquer la trachéotomie sans s'arrêter à faire tout d'abord la laryngotomie.

Le corps étranger étant dans l'œsophage, nous ne voyons pas trop comment la laryngotomie n'a pas suffi à donner au malade une quantité d'air suffisante pour le ranimer. (*The Lancet*, 21 août 1886.) D^r J. CHARAZAC.

Anévrysme de l'aorte descendante thoracique. Accès de dyspnée. Ouverture dans la bronche gauche, par A. GRANTHOMER, interne des Hôpitaux.

Il s'agit d'un homme de soixante-quinze ans, entré à l'hôpital le 8 janvier avec des accès d'oppression très intenses, surtout la nuit.

Cet homme, qui n'a jamais fait de maladie sérieuse, tousse fréquemment depuis quatre ou cinq ans. Il est amaigri et très oppressé, surtout depuis un mois. Sa respiration est sifflante, la parole et la voix sont normales.

La sonorité pulmonaire est exagérée à la base, des râles divers disséminés dans la poitrine.

Battements du cœur normaux, pouls régulier, artères radiales dures, sinueuses. Pas de fièvre.

On se croit en présence d'une bronchite chronique avec emphysème.

Du 16 au 19 janvier, après plusieurs accès de dyspnée, avec hémoptysies de plus en plus abondantes, le malade meurt subitement le 19 dans l'après-midi, après une hémoptysie foudroyante de trois quarts de litre environ.

Autopsie. — On trouve un volumineux anévrysme de l'aorte descendante. La tumeur qui occupe en haut toute la gouttière costo-vertébrale mesure 28 centimètres de long.

La poche est remplie par le caillot qui présente les stratifications ordinaires aux anévrysmes.

Les nerfs pneumo-gastrique et récurrent gauche sont englobés dans la tumeur.

La bronche gauche présente en arrière un orifice par lequel elle communique avec l'aorte.

Au point où il croise l'aorte, l'œsophage, sur sa tunique interne, présente une petite papule bleuâtre. Très amincie, sa paroi n'eut certainement pas tardé à se rompre à ce niveau. (*Sem. med.* du 27 mars 1836.) M. NATIER.

Ataxie locomotrice progressive à évolution rapide. Début par des troubles vésicaux. Grossesse intercurrente. Douleurs fulgurantes. Eochymoses tabétiques. Spasmes laryngés. Atrophie musculaire, etc. Mort. Autopsie, par M. MÉDAIL.

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans qui, dans le cours de son ataxie, présentait quelques spasmes laryngés cédant habituellement à l'ingestion d'un peu d'éther.

A l'autopsie, le cerveau était sain; seule, la moelle était réduite en bouillie jaunâtre à partir du renflement lombaire jusqu'en bas. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 août 1886, n° 3).

VARIA.

Perte de l'épiglotte consécutive à la diphtérie,
par le Dr BERENTSEN.

L'auteur publie un cas de diphtérie traitée par un homœopathe, et où le pilier postérieur gauche du voile du palais avait disparu, ainsi que le bord libre de l'épiglotte. Le reste de celle-ci était granuleux. Six semaines après, la guérison était obtenue par des cautérisations au nitrate d'argent et des insufflations d'iodoforme. (A. Schnelle, *Médecinsk Revue* 1885, p. 129, in *Rev. internat. des Sc. méd.*, du 31 mai 1886, n° 29.) M. N.

Cas de diphtérie chronique, par M. le Dr CONCETTI.

Un petit enfant de trois ans, atteint depuis presque un mois d'écoulement nasal séreux, quelquefois sanguinolant, avec production de pseudo-membranes sur la cloison à droite, fut pris de fièvre. Celle-ci dura presque une semaine, et

puis reparut après vingt jours pour continuer trois jours seulement. Survint de la paralysie du voile; ses trois autres frères et la domestique furent, en peu de temps, atteints de diphtérie du pharynx : le plus petit succomba.

L'auteur rappelle encore d'autres cas, dans lesquels on eut une véritable forme prolongée de diphtérie, mais dans son cas il s'agissait d'une forme remarquablement chronique; car la maladie se présenta sous la même forme dans l'espace de quatre mois, avec deux périodes de fièvre d'une courte durée, dues à l'absorption de matériaux infectieux arrêtés dans la cavité nasale.

Enfin, l'auteur, parlant de la pathogénie de la diphtérie en général, admet soit l'infection primitive par la voie de la respiration, soit le contact direct de substances nuisibles sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, soit la transplantation directe sur une muqueuse ou sur la peau dénudée. (*Archivio di Pathologia infantile*, an IV, n° 6, Naples.)

D^r F. CARDONE.

Sur le traitement de la diphtérie, par le Dr BRONDET, d'Alger.

Par le traitement qu'il indique, depuis cinq ans qu'il exerce à Alger, où la diphtérie est très fréquente, l'auteur, sur plus de *deux cents cas*, n'a jamais perdu un malade, sauf quelques enfants atteints de croup confirmé et cela au moment où, dès le début de sa carrière, M. Brondet n'employait pas encore rigoureusement son mode actuel de traitement. Ce traitement préconisé par Letzeritch consiste à administrer le benzoate de soude auquel depuis trois ans l'auteur ajoute le sulfure de calcium.

Voici le *modus faciendi* auquel l'auteur s'est arrêté : « Je fais administrer, dit-il, toutes les heures, une cuillerée à soupe d'une potion de 150 grammes contenant 4 à 5 grammes de benzoate de soude, suivant l'âge de l'enfant. Le sulfure de calcium est donné en même temps que la potion, qu'il soit granulé ou sous forme de sirop. Enfin je me sers d'une solution de benzoate de soude à 10 pour 100 et ces pulvérisations doivent être faites toutes les demi-heures régulièrement nuit

et jour dans les cas graves, en respectant le sommeil dans les cas moyens. Il faut que le traitement soit rigoureusement conduit.

Sous l'influence de ce traitement, on voit les fausses membranes pâlir, perdre de leur consistance, devenir de plus en plus gélatineuses et disparaître enfin, dissoutes par le benzoate de soude en laissant au-dessous le derme cicatrisé. Administrer en même temps des potions toniques, de l'arséniate de strychnine; combattre la fièvre par les sels de quinine d'aconitine à doses fractionnées, par l'antipyrine s'il y a hyperthermie. Le benzoate de soude serait donc un véritable spécifique de la diphtérie. Il était considéré comme tel par Graham Brow, Letzerich; il a donné de bons résultats à Kiev (de Strasbourg), Ferréol, etc. (*Bull. gen. de therap.*, 15 novembre 1886.)

D^r J. CH.

Traitement de la diphtérie par l'iodure de potassium,
par le D^r STEFF (de Nuremberg).

Pour les enfants de un à trois ans, dans les cas désespérés, l'auteur donne une solution de 2 à 4 0/0; pour les enfants plus âgés, la solution est administrée de 4 à 10 0/0; une cuillerée toutes les heures. Un enfant de neuf ans, atteint d'une diphtérie très grave et traité de la sorte, fut radicalement guéri, au bout de dix jours, après avoir avalé environ 50 grammes d'iodure de potassium. (*Revue internat. des Sc. médic.*, n° 32, 1886.)

M. N.

Contribution au traitement de la diphtérie,
par M. le D^r C. JANDOLI.

L'auteur se montre enthousiaste des insufflations de soufre, et il rapporte quelques cas de guérison. (Rome, 1886.)

D^r F. C.

Dyspnées d'origine paludéenne, par le D^r BRIAND.

B... rappelle qu'il a déjà signalé avant M. de Brun la forme dyspnéique de l'impaludisme. Toutefois, dans les observations de M. Briand, il s'agissait vraisemblablement de congestion laryngienne, tandis que les faits rapportés par M. de Brun semblent être le résultat de spasme. (*Gaz. des Hôpit.*, 28 août 1886.)

Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans le nez, par J. GRASSET, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

La coqueluche est une affection contre laquelle nous sommes encore bien désarmés, c'est pour être utile aux praticiens que M. Grasset signale les insufflations de poudres dans le nez. Se basant sur les recherches de Hack, Schadowald et Wille qui considèrent la coqueluche comme une névrose pouvant survenir après une lésion du trijumeau, Michael, dans 70 cas de coqueluche, a essayé d'un traitement par le nez, et s'est arrêté aux insufflations de poudres médicamenteuses. Il a employé deux sortes de poudres : les unes inertes (poussière de marbre), les autres actives (quinine, benjoin, etc.).

Deux conclusions ressortent des résultats obtenus par Michaël :

1° Au point de vue pratique, il conseille les insufflations de poudres dans le nez comme un traitement efficace et, d'autre part, inoffensif de la coqueluche ; il préfère le benjoin et le chlorhydrate de quinine. Les insufflations doivent être faites toutes les vingt-quatre heures et avec beaucoup de soin. Dans certains cas rebelles, on pourrait peut-être y joindre avec avantage, soit de l'ipéca, soit de la quinine ou du bromure de potassium à l'intérieur ;

2° Les recherches de Michaël semblent établir que la coqueluche est une névrose réflexe du nez due à l'excitation initiale de la muqueuse nasale. La cause de cette excitation serait parasitaire. L'immunité que donne la maladie prouve la nature infectieuse. Le poison spécifique serait le seul excitant de la quinte. La poudre peut agir à la fois mécaniquement et chimiquement : elle agit alors même qu'elle est arrêtée dans les fosses nasales et n'arrive pas au contact du larynx. Enfin Michaël rapproche son hypothèse des divers autres succès médicamenteux constatés dans ces derniers temps pour la coqueluche et où l'amélioration a été obtenue par voie réflexe.

M. Grasset, sans vouloir discuter l'hypothèse de Michaël,

conseille d'employer le moyen qu'il préconise pour combattre la coqueluche, puisqu'il est inoffensif et facile à mettre en pratique. (*Semaine médicale* du 10 mars 1886.)

M. NATIER.

Du rétrécissement cancéreux de l'œsophage,

par M. LANDOUZY.

L'auteur rapporte l'observation de deux malades atteints de rétrécissements cancéreux de l'œsophage, et morts, l'un dans le service de M. Hardy, l'autre dans celui de M. Segond. Chez les deux, la même conduite prudente a été observée, et le cathétérisme de l'œsophage n'a pas été pratiqué. Le premier malade était atteint de son affection depuis un an environ. A son arrivée dans le service, M. Hardy diagnostiqua un rétrécissement *cancéreux* de l'œsophage à la partie moyenne. Il put être soutenu, grâce à un mélange de lait, de jaunes d'œuf et de poudre de viande, mais huit jours avant la terminaison fatale, la difficulté d'avaler même les liquides devenait telle qu'il suppliait M. Landouzy de pratiquer le cathétérisme œsophagien, ce qui lui fut refusé. Il mourut d'une hémorragie épouvantable et l'autopsie démontra que la tumeur avait exulcéré les tuniques muqueuse et musculuse de l'œsophage et perforé l'aorte. L'abstention de tout cathétérisme était donc légitimée par la situation de la tumeur, ses adhérences, sa nature.

Le malade de M. Segond, chez lequel, grâce aux troubles organiques, il fut aussi très facile de diagnostiquer un rétrécissement cancéreux de l'œsophage mourut non d'hémorragie, mais bien de complications pleuro-pulmonaires; un épanchement considérable s'étant produit dans la plèvre droite. L'autopsie montra une généralisation cancéreuse qui eût rendu inutile toute intervention chirurgicale.

L'auteur termine en donnant son opinion sur le droit et le devoir d'intervenir chirurgicalement dans cette affection. Dans les rétrécissements *cancéreux*, abstention complète; par contre, dans les rétrécissements *cicatriciels* si la dilation faite avec prudence n'a pas été couronnée de succès, le droit et le devoir des médecins est d'intervenir par la gastrostomie. Cette

opération elle-même pourra peut-être permettre, alors que le rétrécissement *cicatriciel* sera situé très bas, de faire la dilatation par la voie stomacale. (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 23 février 1886.)

M. NATIER.

Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation-porte, par le Dr LONGUET.

L'association des dilatations variqueuses de l'œsophage à la cirrhose du foie, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Ce sont les auteurs français qui, les premiers, ont signalé les varices œsophagiennes d'origine hépatique. Les documents réunis sont aujourd'hui assez nombreux pour que M. Longuet puisse croire à l'intérêt offert par une étude d'ensemble.

Il signale quelles sont les voies complémentaires de circulation du sang, dans les cas de cirrhose du foie. Il faut, parmi elles, compter le plexus veineux œsophagien qui est exposé à recevoir, de différents côtés, le contre-coup de toutes les causes de perturbation de la circulation du sang dans la veine-porte. Ce plexus peut être, d'après Zenker et Ziemssen le siège de varicosités assez fréquentes chez les vieillards; mais elles ont, dans ce cas, pour siège la partie supérieure de l'œsophage. Ces varicosités sont au contraire situées à la partie inférieure du tube œsophagien dans les cas de circulation supplémentaire de l'obstruction-porte. C'est grâce à l'atrophie de la muqueuse qui les recouvre, que s'explique la facilité comme le danger des hémorragies dont elles sont le siège.

Les hémorragies peuvent provenir soit d'un ulcère variqueux, soit d'une nécrose complète de la muqueuse. Elles sont favorisées par les changements de pression auxquels est soumis le sang dans les dilatations œsophagiennes.

Les varices œsophagiennes sont assez difficiles à reconnaître au début; le signe capital pouvant mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'hémorragie se traduisant le plus souvent par d'abondantes hématomèses, mais pouvant également donner lieu à des selles sanglantes.

La rupture des varices œsophagiennes peut être consécutive à un effort déterminant une surtension veineuse : elle peut être aussi la conséquence d'un cathétérisme intempestif. Toujours graves, ces hémorragies ne sont cependant par fatalement mortelles.

Hans Bendz prétend rattacher à la rupture des veines œsophagiennes, la totalité des hémorragies intestinales de la cirrhose. Cette opinion paraît excessive à M. Longuet, mais il croit néanmoins que des autopsies plus attentives devront réduire de plus en plus la part des hémorragies gastro-intestinales primitives de la cirrhose. (*Union médicale* des 13 et 15 mai 1886, n° 65 et 66.) M. N.

Varices de l'œsophage.

Société impéριο-royale des médecins de Vienne.

M. KUNDRAT rappelle que cette affection encore peu connue a été tout d'abord décrite par les auteurs français. Outre les petites varices des veines sous-muqueuses de l'œsophage, il y a une forme d'ectasie des veines sous-muqueuses qui reste limitée à une des régions de l'œsophage et surtout à sa partie inférieure. Dans cette forme s'observent les dilatations les plus volumineuses surtout chez les malades atteints de maladies du foie.

Les varices de la partie supérieure de l'œsophage s'observent lorsque l'écoulement du sang du cœur droit est entravé : comme elle n'atteint jamais un haut degré, l'affection n'a qu'une faible importance.

Dans une seconde forme, les varices se rencontrent dans toute l'étendue de l'œsophage et surtout dans sa partie inférieure. C'est alors qu'on voit les veines sous-muqueuses de la grosseur du doigt en communication avec les réseaux veineux situés sous la petite courbure de l'estomac. Ces varices se rencontrent dans les maladies du foie et, presque dans tous les cas, il existe un obstacle à l'écoulement du sang de la veine porte. C'est ce qu'a pu constater M. Kundrat dans cinq cas qui se sont présentés à son observation et l'explication qu'il en donne est la suivante : les veines situées au niveau de la

paroi antérieure et postérieure de la petite courbure de l'estomac sont du domaine de la veine coronaire stomachique; or, celle-ci envoie ses rameaux dans la couche sous-muqueuse et ce sont ces ramifications qui deviennent variqueuses. Cette voie est la plus directe et c'est à tort qu'elle est niée par Duret. Cette circulation collatérale permettrait aussi d'expliquer les hémorragies graves, suivies de mort qui surviennent dans certains cas de varices œsophagiennes.

M. BAMBERGER fait remarquer que l'existence de cette voie collatérale était bien connue, mais qu'on ignorait qu'elle pût donner lieu à un aussi grand développement de varices. Il a vu des individus atteints de cirrhose hépatique, mourir d'hémorragies profuses, qui pourraient bien être attribuées à des varices œsophagiennes. (*Semaine médicale* 17 fév., 1886.)

M. NATIER.

De l'œsophagite aiguë (*Über œsophagitis acuta*), par le Dr Ph. SCHECH,
Privat-docent à Munich.

D'après l'auteur, l'œsophagite aiguë n'est pas aussi rare qu'on a l'habitude de le croire. Il en a observé lui-même 4 cas. Elle est provoquée principalement par une cause mécanique, chimique ou thermique. Trois fois sur les 4 cas observés par l'auteur, on pouvait accuser avec certitude l'abus de boissons alcooliques, les symptômes étant survenus dans les douze à vingt-quatre heures après l'excès. D'autres causes sont, d'après Zenker et Ziemssen : les corps étrangers incarcérés, le choléra, le typhus, la pyohémie, la syphilis, les affections des vertèbres, etc.

Le symptôme principal et premier est la douleur que les malades éprouvent à la déglutition; ensuite une sensation douloureuse, quand on presse sur l'œsophage, ou quand les malades fléchissent ou tendent la colonne vertébrale. Un troisième symptôme, que Mackensie a observé chez ses malades, est la sécrétion et l'expectoration d'une grande quantité de mucus écumeux ou visqueux. Quelquefois, les malades sont pris de fièvre, de léger délire, d'anorexie complète et d'une grande soif.

La *durée* de la maladie varie entre quelques jours et plusieurs semaines; en général, la guérison ne tarde pas longtemps. Le *pronostic* est en somme favorable; on a cependant déjà vu la mort survenir à la suite de phlegmons, d'abcès, d'hémorragies et de gangrène. Il n'est pas encore absolument sûr que l'affection ne puisse devenir chronique, surtout sous l'influence de l'alcool.

Le diagnostic est fondé sur les symptômes décrits, et on ne manque point, comme on voit, d'indications certaines pour l'établir. La thérapeutique doit être en premier lieu diététique éviter les choses irritantes; prendre du lait, du thé, etc., quelquefois, la glace soulage beaucoup, dans d'autres cas elle n'est pas supportée; des injections d'une solution de cocaïne dans l'œsophage rendent de bons services. Du tannin à l'intérieur : l'auteur s'en est trouvé bien d'après la formule suivante :

Acide tannique.....	1.50
Eau distillée.....	140.00
Glycérine.....	10.00

Toutes les deux heures 1 cuillerée à prendre. (*Munchener Med. Wochenschrif*, n° 42, 1886.) D^r BAYER.

Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde, par M. le D^r J. REVERDIN.

Voici les conclusions de ce travail, lu au Congrès français de chirurgie :

Les accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde dans l'espèce humaine sont constitués par le même ensemble de symptômes que le myxœdème ou cachexie pachydermique spontané.

L'extirpation totale du corps thyroïde n'est pas fatalement suivie de myxœdème chez l'adulte.

Le myxœdème chirurgical est, contrairement au myxœdème médical, susceptible d'amélioration, peut-être même de guérison.

Dans le cas d'amélioration, on observe parfois, longtemps après l'extirpation, l'apparition de petites tumeurs probable-

ment développées dans des lobules aberrants de la glande, mais l'amélioration peut se manifester en dehors de ces cas.

Des myxœdèmes frustes peuvent se développer dans des extirpations partielles, mais il est vrai qu'alors le lobe restant s'atrophie.

On ne doit pas renoncer à pratiquer l'extirpation partielle.

La thérapeutique est encore à l'étude. (*La France Méd.*, 23 octobre 1886.)

D^r J. CH.

Contribution à l'étude des fistules broncho-cutanées,
par M. le D^r Louis BOURDON.

L'auteur commence par définir les fistules broncho-cutanées qu'il appelle « des trajets de formation nouvelle établissant une communication directe entre la peau et les bronches ou leur terminaison. » Montrer que leur cause première peut siéger en dehors du poumon et de la plèvre, tel est le but qu'il se propose.

Après avoir brièvement rappelé, que les fistules broncho-cutanées sont connues depuis longtemps déjà, puisque la première observation s'y rapportant, remonterait à Poubert, chirurgien en chef de la Charité, M. Bourdon insiste sur ce fait que les autres semblent méconnaître la possibilité d'une communication directe entre le poumon et le tissu cellulaire sous-cutané, à la suite d'une inflammation primitive de ce dernier. Il rapporte alors quinze observations, dont deux personnelles « pour la plupart démonstratives d'ouvertures fistuleuses faisant communiquer les bronches avec la cavité d'un abcès des parois thoraciques, souvent même avec l'extérieur, en l'absence de toute lésion primitive du poumon. »

Dans la variété de fistules étudiées par l'auteur, il existe souvent une collection purulente échappant à l'observation et ne devenant manifeste que lors de son irruption dans les bronches. Mais le plus souvent, la collection purulente, reconnue et ouverte de bonne heure, l'inflammation s'étend, gagne les plèvres et bientôt se produit une ouverture fistuleuse du côté des bronches. On pourra encore rencontrer des collections purulentes au niveau du thorax se manifestant par de nombreux signes, alors que l'examen de la poitrine est absolu-

ment négatif et s'évacuant plus tard par les bronches. Après intervention chirurgicale, on voit ces fistules borgnes, intenses au début, devenir complètes et donner par leur orifice externe, issue à du pus mélangé d'eau. Enfin, ordinairement, ces fistules se terminent par l'évacuation complète du pus et la cicatrisation de leurs orifices.

Les complications que l'on peut redouter sont : 1° La pyohémie et la septicémie ; 2° la pneumonie ; 3° l'emphysème sous-cutané généralisé.

Le diagnostic des collections purulentes parfois très difficile devra être fait : 1° *Avec une hernie du poumon* ; 2° *avec une pleurésie partielle enkystée ouverte du côté du poumon* ; 3° *avec une pleurésie purulente ouverte du côté du poumon en même temps que du côté de la peau* ; 4° *avec un pneumo-thorax limité par des adhérences* ; 5° *avec un kyste hydatique* ; 6° *avec les pleurésies pulsatiles.*

Le pronostic est essentiellement lié à la cause qui a produit la fistule.

Souvent il peut arriver que la cavité pleurale reste fermée à l'invasion de la collection purulente ; mais on peut aussi voir celle-ci envahir et la plèvre et le poumon. Si la fistule broncho-cutanée demeure incomplète, elle ne tarde pas à se cicatriser après s'être comblée. Les fistules broncho-cutanées peuvent encore aboutir à la région sous-claviculaire et amener la suppuration du sommet des poumons.

Rares après l'âge de quarante ans, les fistules broncho-cutanées sont plus fréquentes dans le sexe masculin, ce qui s'explique par les travaux plus rudes auxquels sont soumis les hommes. La scrofule, la débilitation matine ou professionnelle peuvent aussi les engendrer fréquemment.

Donner une prompte issue au contenu de l'abcès, telle sera la première indication du traitement. Drainage soigneux, pansements antiseptiques seront mis en usage. Quant aux complications, elles seront combattues par des moyens appropriés.

Une page d'index bibliographique termine la thèse. (*Thèse, Paris, 1886, n°...*)

NOUVELLES

Société française d'Otologie et de Laryngologie

Conformément à l'article 12 du Statut-Règlement, le Comité, dans la séance du 2 février courant, a décidé que la Société française d'*Otologie et de Laryngologie* se réunira en session générale, à Paris, le mercredi 13 avril prochain, à 8 heures et demie du soir, à la Mairie du 1^{er} arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Messieurs les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir M. le Secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 10 mars, rue d'Amsterdam, 72 bis.

ART. 29. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit et les communications faites en français.

Le manuscrit doit être adressé au secrétaire, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture.

Pour le Comité : le Secrétaire, Dr MOURA.

Dans sa séance du 10 février dernier, la Société de médico-chirurgicale de Liège a nommé M. le Dr E. J. Moure, membre correspondant étranger.

M. le Dr Emile Kaufman vient d'être nommé *privat-docent* d'Otologie à la Faculté tchèque de médecine de Prague.

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal ayant pour titre la *Pratique médicale*, publié, à Paris, par MM. Baratoux, Jouin et Malécot. Cette nouvelle feuille hebdomadaire paraîtra le mardi. Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr J. Baratoux, 51, rue Laflitte, à Paris.

NÉCROLOGIE

M. Bécлар (Jules), doyen de la Faculté de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, est mort le 9 février dernier dans sa 69^e année.

Parmi ses nombreux travaux de physiologie, nous nous bornerons à signaler son *Traité de Physiologie*, arrivé à la 7^e édition. M. Bécлар donna aussi au *Dictionnaire encyclopédique* plusieurs articles importants, entre autres celui concernant le larynx (Physiologie), membre de l'Académie de médecine de Paris (1862), dont il était le secrétaire perpétuel, la sympathie et l'estime de ses confrères lui valut l'honneur d'être nommé président de l'Association générale des médecins de la Seine. Depuis 1881, il était doyen de la Faculté de médecine.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PHARYNGITE SÈCHE OU ATROPHIQUE

Par le Dr E. J. MOURE

On donne le nom de pharyngite sèche ou plus exactement de pharyngite atrophique, à une inflammation chronique de la muqueuse du pharynx et particulièrement de la cavité naso-pharyngienne ; cette affection est caractérisée par la présence d'une sécrétion épaisse se desséchant rapidement et donnant à la paroi-muqueuse un aspect vernissé, sec, comme parcheminé.

Le pharyngite atrophique a été diversement décrite par la plupart des auteurs, qui en font les uns, un symptôme de la pharyngite chronique simple ou de la pharyngite glanduleuse (Chomel, Lasègue, Gueneau de Mussy, De Troelsch, Morell-Mackenzie, etc., etc.), les autres, une manifestation de la diathèse scrofuleuse (Isambert, Lemaistre), du diabète (Joal), de la dégénérescence graisseuse du cœur (Löri); d'autres enfin, la décrivent comme une affection spéciale dont ils donnent une description séparée. Parmi ces derniers, nous trouvons Lewin, Fränkel, Solis Cohen, Bosworth, Fayseler.

La sécheresse du pharynx existe en effet dans bien des cas d'inflammation de cette paroi, et l'on retrouve ce symptôme plus ou moins accusé dans la pharyngite chronique simple et la pharyngite granuleuse. De même, comme l'a fait remarquer Joal (1), on constate assez souvent chez les diabétiques, une sécheresse notable de la muqueuse de l'arrière-gorge, et même de la bouche tout entière; mais la paroi, le voile palatin et ses piliers sont plutôt tuméfiés et épaissis que très amincis. Souvent la membrane muqueuse de l'arrière-nez est tuméfiée, rouge, mais assez lisse et unie. L'arrière-gorge

(1) De l'angine sèche et de sa valeur sémiologique, dans la glycosurie et l'albuminurie (*Revue mens. de laryng., otol., etc.*, n^o 6, juin et juillet 1882).

offre bien un aspect vernissé, brillant; mais il n'y a point de sécrétions visqueuses, jaunâtres ou même croûteuses comme celles que l'on observe dans la véritable pharyngite atrophique.

Cette dernière a été assez bien décrite par M. Lemaitre (1) dans son travail inaugural sur l'angine superficielle scrofuleuse chronique (2), qui la distingue nettement du catarrhe naso-pharyngien habituel; Isambert, lui aussi, rattachait la pharyngite sèche à la scrofule, qu'il appelait avec l'auteur précédent la forme superficielle de cette manifestation diathésique, mais ces deux auteurs avaient le tort, selon nous, de supposer que le catarrhe sus-palatin pouvait s'étendre vers l'orifice postérieur des fosses nasales et y provoquer l'ozène. C'est le contraire qu'il aurait fallu dire, car nous sommes sur ce point tout à fait de l'avis du Dr Fayseler, qui, dans son étude sur l'angine sèche (3), dit que cette affection est habituellement accompagnée d'un catarrhe de la cavité nasale. Nous allons même plus loin, car nous pensons que l'affection pharyngienne est *le plus souvent secondaire*, et la conséquence d'un coryza atrophique (ozène), plus ou moins ancien. Si l'on se rappelle en effet que l'ozène *vrai*, essentiel, si nous pouvons employer cette expression, n'est pas comme on l'a cru jusqu'à ces derniers temps une affection ulcéreuse de la muqueuse pituitaire, mais une rhinique atrophique, essentiellement caractérisée par l'élargissement des fosses nasales dont nous n'avons pas à discuter ici la nature; si, disons-nous, l'on a présente à l'esprit cette notion importante, l'on comprendra très bien que l'affection rétro-nasale et pharyngienne soient le plus habituellement *la conséquence* de la propagation du processus atrophique à la muqueuse qui tapisse ces parties de l'arbre aérien, plutôt que *la cause* des maladies des cavités nasales. Il est

(1) *Thèse de Paris*, 1875, n° 1.

(2) *Confér. clin. sur les mal. du larynx*, Paris 1875, p. 174.

(3) *Thèse de Paris*, 1883, p. 16.

habituel, en effet, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer (1), de constater chez les malades atteints d'ozène, l'existence de sécrétions croûteuses, jaune verdâtre, particulièrement abondantes le matin au réveil, derrière le voile du palais, tandis que la partie inférieure du pharynx est simplement sèche, vernissée, recouverte d'un mucus visqueux transparent, moins épais que le précédent. Nous ne craignons même pas d'aller plus loin que les auteurs précédents, en disant que la pharyngite atrophique n'est, pour ainsi dire, jamais une affection isolée, mais une simple propagation du processus atrophique des fosses nasales à la paroi pharyngienne. Toutes les fois que l'on constate sur le pharynx l'existence de cet amas croûteux, dont nous avons déjà parlé, l'on doit examiner les fosses nasales, et l'on trouve alors soit une accumulation de matières analogues aux précédentes, ou plus épaisses que ces dernières ; soit un élargissement notable des cavités nasales si la sécrétion a été enlevée. Il existe en un mot les symptômes de la rhinite atrophique.

Causes. — Et maintenant, si l'on songe combien cette affection atrophique est fréquente chez les sujets scrofuleux, l'on ne sera plus étonné de voir la pharyngite sèche, décrite comme étant le premier degré de la forme la plus légère de la scrofule du pharynx. Toutefois, les auteurs précédents sont d'accord pour avancer que la muqueuse est lisse, unie, mais jamais colorée, ni même érodée, comme l'avait tout d'abord supposé Isambert (2). Aussi convient-il de ranger parmi les causes de l'affection, toutes celles qui peuvent amener ou plutôt entretenir une inflammation chronique de la muqueuse pituitaire. C'est à ce titre que l'aspiration prolongée des vapeurs ou poussières irritantes, les déformations du squelette du nez, la petitesse relative des cornets, en un mot toute lésion facilitant le passage trop rapide de l'air

(1) J. Moure. *Manuel prat. des maladies des fosses nasales*, Paris 1886, p. 400.

(2) *Loc. cit.*, p. 177.

inspiré, favorisera la dessiccation des sécrétions accumulées dans les arrières-fosses nasales et de là dans le pharynx buccal. De même les causes susceptibles d'empêcher la respiration nasale (hypertrophie de la muqueuse, tumeurs diverses, corps étrangers, etc.), forçant les malades à respirer constamment par la bouche, occasionneront l'apparition de la pharyngite sèche. Cependant, il convient d'observer que c'est là un symptôme accidentel, mais non une véritable altération de la muqueuse pharyngienne. Cette dernière apparaît alors plus ou moins rouge, congestionnée, sèche et luisante, au niveau de la partie moyenne et inférieure, mais le pharynx nasal est épargné; ce qui n'arrive pas dans la véritable pharyngite atrophique, accompagnée, ou pour mieux dire précédée d'ozène.

D'après Lemaistre, les croûtes s'arrêteraient brusquement (p. 20) à l'endroit où le voile du palais vient s'appliquer, dans le mouvement de déglutition, sur la paroi postérieure du pharynx. « Elles forment à cet endroit, dit-il, une ligne nettement tranchée. » Nous ne saurions, toutefois, admettre une opinion aussi catégorique, car nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer le contraire. Du reste, l'on a décrit, dans ces dernières années, de véritables *laryngites sèches* caractérisées par la présence dans le larynx, de mucosités verdâtres, desséchées, se continuant avec celles qui recouvraient le pharynx et occasionnant une altération plus ou moins profonde de la voix; j'ai même publié dans cette Revue (1), l'observation d'une malade offrant des troubles respiratoires qui en avaient imposé pour une lésion plus grave de la muqueuse de l'organe vocal. C'était chez une jeune fille âgée de quatorze ans, atteinte d'aphonie, et chez laquelle l'examen laryngoscopique révéla l'existence d'une paralysie des muscles adducteurs des cordes vocales et l'existence de croûtes grisâtres obstruant en

(1) *Revue mens. de laryngol., etc.*, n° 6, juin 1883.

grande partie la lumière de l'orifice glottique. Le pharynx lui-même était sec et tapissé de mucosités desséchées, de couleur verdâtre, formant de véritables croûtes qui remontaient jusqu'au niveau des arrières-fosses nasales. Ces dernières ne contenaient aucune sécrétion, mais il était facile de voir, à l'atrophie considérable de la muqueuse de cette région, que la malade avait dû moucher, peu de temps auparavant, l'un de ces bouchons épais et odorants qui font le propre de cette inflammation spéciale de la membrane pituitaire. L'interrogatoire de la malade confirma du reste cette supposition. L'électricité directe eut bientôt raison de la paralysie et le pinceau des sécrétions accumulées dans l'organe vocal. Ce fait n'est du reste nullement extraordinaire, car récemment, à propos d'une communication sur la laryngite sèche, faite par le Dr Lublinski (1), M. Michael disait avoir observé un fait à peu près analogue au précédent chez une jeune fille de quinze ans.

Symptômes. — Ce que nous venons de dire sur l'affection qui nous occupe, nous dispensera d'insister longuement sur sa symptomatologie. Il existe du reste des cas légers où le sujet ne ressent aucune sorte de gêne; un peu plus tard, alors que la maladie est plus ancienne, il se plaint de la présence d'un corps étranger à l'arrière-gorge, d'un sentiment de sécheresse qui lui fait humecter sa gorge soit avec des pastilles, soit avec un liquide quelconque. La déglutition des aliments n'est point gênée, car la mastication, en humectant la bouche, procure aux malades un soulagement passager pendant et un peu après les repas, mais la déglutition à vide est parfois un peu plus difficile, soit à cause du défaut d'élasticité de la muqueuse, soit à cause de la présence des mucosités desséchées à sa surface qui gênent les mouvements musculaires. Il existe dans quelques cas un peu de toux sèche, analogue à celle de la pharyngite granu-

(1) Berlin 1886. *Tageblatt der 59 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.*

leuse. Toutefois, aucun de ces symptômes n'est caractéristique, et c'est à l'examen direct que l'on constate l'existence d'une muqueuse, lisse, luisante, comme vernissée dans certains points, recouverte dans d'autres, de mucosités desséchées, jaunâtres ou même brunes, surtout en arrière de la luette et du voile du palais.

L'examen avec le rhinoscope (rhinoscopie antérieure), permet aussi, avec un bon éclairage, l'inspection du pharynx nasal vu l'élargissement notable de l'une ou des fosses nasales, par suite de l'atrophie plus ou moins avancée des cornets inférieurs et moyens. Tous ces conduits offrent des traces d'accumulations analogues. Si l'on débarrasse la paroi pharyngienne des sécrétions qui la recouvrent, ce que l'on fait toujours assez difficilement on aperçoit alors une muqueuse notablement amincie, atrophiée dans toutes ses parties, et glissant difficilement sur la paroi osseuse du pharynx. Nous ne doutons pas que dans les cas avancés, il existe non seulement une atrophie notable des glandes de la muqueuse, comme l'ont noté Wendt et Bosworth, mais encore une atrophie des fibres musculaires sous-jacentes. C'est ce qui donne à cette paroi un aspect aminci, facile à reconnaître et qui indique bien qu'il s'agit d'un processus pathologique régressif analogue à celui du coryza atrophique. Chez ces malades, comme l'a dit avec raison le docteur Solis Cohen (1), le pharynx paraît plus grand qu'à l'état normal.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave, mais cette affection n'en constitue pas moins un ennui sérieux pour certains malades que leur profession oblige à l'usage continu de la parole. Si la lésion pharyngienne est très avancée, il est fort difficile de la guérir et de régénérer la muqueuse atrophiée, mais on peut dans tous les cas procurer au malade une amélioration passagère avec un traitement bien dirigé. Dans les cas récents on arrive assez facilement à faire disparaître les symptômes.

(1) Diseases of the throat and nasal passages. N.-Y. 1879, p. 190.

Traitement. — Étant donné que nous considérons la pharyngite atrophique comme étant sous la dépendance d'une affection de la muqueuse pituitaire, nous conseillerons d'abord de combattre la cause première du mal et de traiter l'ozène par les moyens habituels (irrigations antiseptiques *abondantes*, pulvérisations astringentes et antiseptiques). Une fois les fosses nasales débarrassées de leur sécrétion, l'on pourra instituer un traitement pharyngien local, qui consistera en pulvérisations, gargarismes et surtout badigeonnages. Les pulvérisations et gargarismes seront faits soit avec des eaux sulfureuses naturelles, à la source même si la chose est possible, soit avec des solutions de chlorure de zinc, d'acide phénique (au millième), ou d'iodure de potassium. Ces différents liquides seront additionnés d'une certaine quantité de glycérine qui tient plus facilement les muqueuses humides. Chaque gargarisme ou pulvérisation sera accompagné d'un badigeonnage fait au fond de la gorge avec un pinceau légèrement imbibé d'une solution légèrement excitante, dans le but de débarrasser la muqueuse des produits qui la recouvrent et aussi pour ouvrir les orifices glandulaires et activer leur sécrétion. La solution iodo-iodurée, recommandée par Mandl dans le traitement de la pharyngite granuleuse, pourra être utilement employée dans la maladie qui nous occupe. De même l'on retirera de bons effets de l'emploi de la solution suivante :

Teinture de Capsicum annuum de 0 gr. 50 à 1 gr.

Glycérine neutre..... 50 gr.

Pour badigeonnage sur le pharynx buccal et nasal.

Le traitement général par l'iodure de potassium à petites doses, par l'huile de foie de morue, pourra également être utile au malade. Les eaux minérales excitantes des stations pyrénéennes sont particulièrement efficaces pour combattre la pharyngo-rhinite atrophique, mais il sera toujours utile de leur adjoindre une médication topique régulière et de longue durée.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE

(Suite et fin)(1).

Par le Dr MOURA

CHAPITRE II. — LARYNGOMÉTRIE APPLIQUÉE.

Envisagés au point de vue de la laryngométrie pratique ou extérieure sur le vivant, les rapports entre les dimensions des lèvres vocales, de la glotte et de leurs similaires doivent d'abord fixer notre attention.

§ I. — *Pour le larynx de la femme.*

1° Le ligament thyroéo-cricoidien est égal à la moitié de la lèvre membraneuse ou vocale au repos ;

2° L'insertion commissurale inférieure se trouve dans les mêmes conditions quant à cette lèvre, au repos ;

3° Le ligament thyroéo-cricoidien et l'insertion commissurale inférieure donneraient, réunies ou ensemble, la longueur de la lèvre vocale au repos et la hauteur de l'anche vocale à un demi-millimètre ou 1^{mm} près ;

4° Le bras horizontal du levier cricoïdien a 2^{mm} de plus que la lèvre vocale tendue ;

5° Ce même bras horizontal possède, dans les deux tiers des cas, la même dimension que le diamètre de la glotte au repos ;

6° La longueur de la face externe de l'épiglotte représente la longueur de la glotte au repos, avec 1^{mm} en plus ;

7° La hauteur de l'angle saillant du thyroïde et la lèvre vocale tendue ont la même dimension 7 fois sur 11, c'est-à-dire deux plus de la moitié des larynx.

Les rapports complémentaires des précédents apprennent ce qui suit :

8° Le bras horizontal du levier cricoïdien a, 6 fois sur 7, 1^{mm} de plus que le calibre du cricoïde ;

9° Le calibre du cricoïde a, de son côté, 1^{mm} de plus que la lèvre vocale tendue, 2 fois sur 2, et que la hauteur de l'anche 1 fois sur 11.

(1) Bull. Hyg. 1^{re} s. 1887.

10° Le calibre de la trachée a 1^{mm} de moins que la lèvre vocale tendue 9 fois sur 11 et 2^{mm} de moins que le calibre du cricoïde.

§ II. — *Pour le larynx de l'homme.*

1° Le ligament thyro-cricoïdien représente la moitié de longueur de la lèvre vocale au repos, ainsi que de la hauteur de l'anche vocale;

2° L'insertion commissurale thyroïdienne inférieure des lèvres de la glotte se trouve dans les mêmes conditions;

3° Le ligament thyro-cricoïdien et l'insertion précédente représentent ensemble la mesure millimétrique de la lèvre vocale ou membraneuse au repos 6 fois sur 7 et celle de la hauteur de l'anche 7 fois sur 11;

4° La largeur de la face interne de l'épiglotte a 1^{mm} de plus que la longueur de la glotte au repos 7 fois sur 10;

5° La longueur de la face externe de l'épiglotte possède, à son tour, 2^{mm} de plus que la longueur de la lèvre vocale tendue 2 fois sur 3;

6° Le bras horizontal du levier cricoïdien est plus long de 2^{mm} que la lèvre vocale tendue et plus petit de 2^{mm} au contraire que le diamètre antéro-postérieur de la glotte au repos 7 fois sur 11;

7° Le diamètre thyro-cricoïdien transverse a la même dimension que la longueur de la glotte tendue 7 fois sur 11;

8° La hauteur de l'angle saillant de la pomme d'Adam représente, à 1^{mm} près, la longueur de la lèvre vocale au repos, une fois sur deux;

9° Le bras horizontal du levier cricoïdien est l'équivalent de la longueur de la face externe de l'épiglotte 5 fois sur 6; il possède, par conséquent, 2^{mm} de plus que la lèvre membraneuse tendue et 2^{mm} de moins que la glotte au repos;

10° La hauteur de l'anche vocale est de 2^{mm} plus petite que le calibre du bocal cricoïdien 2 fois sur 3;

11° Le calibre du bocal cricoïdien a 2^{mm} de plus que la lèvre vocale ou membraneuse au repos 2 fois sur 3 également, et 2^{mm} de moins que cette même lèvre vocale à l'état de tension;

12° Le diamètre de la trachée et celui du cricoïde ont les mêmes nombres de millimètres.

A cette première partie des applications de la laryngométrie, il serait nécessaire d'ajouter celles qui se rapportent aux dimensions de la glotte, au repos ou tendue, et aux variations de longueur et de capacité du tube sonore trachéal ou porte-vent d'une part, et à celles du tube résonnateur pharyngien ou porte-voix d'autre part. On posséderait ainsi tous les éléments de la théorie de la voix.

§ III. — *Conclusions.*

Les parties de l'organe de la voix susceptibles de mensurations pendant la vie sont les suivantes :

1° Hauteur de l'angle saillant du thyroïde ou pomme d'Adam; 2° ligament ou membrane thyro-cricoïdienne; 3° diamètres thyro-cricoïdiens antéro-postérieurs et transverse; 4° bras horizontal du levier cricoïdien; 5° insertion commissurale thyroïdienne inférieure; 6° hauteur de l'anche vocale; 7° longueur de la face externe; 8° largeur de la face interne de l'épiglotte.

La situation extérieure et interne de ces parties ne permet pas pour toutes une millimétrie facile. Les plus accessibles au laryngomètre comprennent la hauteur de l'angle du thyroïde, celle du ligament thyro-cricoïdien, les deux diamètres thyro-cricoïdiens et le bras horizontal du levier cricoïdien.

Mettant en application les données fournies par les moyennes millimétriques, nous pouvons, dès à présent, à l'aide du laryngomètre, déterminer directement les dimensions de chacune de ces parties. Cette détermination ne présente pas de difficulté sérieuse. Mais il n'en est pas de même pour les parties situées à l'intérieur. Le miroir laryngien servira de guide pour mesurer la longueur de la face externe et la largeur de la face interne de l'épiglotte

Quant à la glotte, à la lèvres vocale et à la hauteur de l'anche vocale, les rapports millimétriques nous permettent, comme je l'ai démontré, d'en déterminer les dimensions.

Toutes ces mesures donneront aussi, soit isolément, soit

combinées entre elles, les dimensions des lèvres vocales de la glotte et leur degré d'élasticité.

L'importance de ces résultats sera bien plus considérable encore pour le physiologiste et pour l'enseignement du chant en particulier, si nous les complétons par les connaissances que nous fournit la laryngométrie :

1° Sur le développement des lèvres vocales suivant les âges et suivant le sexe ;

2° Sur les modifications de longueur et de capacité du tube sonore, dit porte-vent ;

3° Sur la capacité du soufflet pulmonaire et la puissance des agents qui le dilatent et le compriment alternativement ;

4° Sur les variations de capacité du résonnateur ou porte-voix pharyngien ;

5° Enfin sur les modifications que peut subir le pavillon buccal et bucco-nasal qui termine le porte-voix résonnateur.

Les professeurs du Conservatoire et des écoles de chant auront ainsi une base scientifique d'éducation qui supprimera bien des contradictions, des disputes et des erreurs. En un mot, les systèmes seront remplacés par une méthode vainement cherchée jusqu'à présent.

D^r MOURA.

NOMBRE de LARYNX	DIMENSIONS DES DIVERSES PARTIES DE L'ORGANE DE LA VOIX CHEZ LA FEMME																																DIMENSIONS moyennes
	Millimètres.																																
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32			
Aryténoïde au repos (face interne).....	3	3	45	46	40	2	3																							5 mill.			
Aryténoïde tendue (face interne).....	2	3	45	48	40	7	3																							6			
Ligament thyroéo-cricoidien au repos.....	1	1	9	13	8	14	4	1																						7,5			
Ligament thyroéo-cricoidien au repos.....	3	3	5	4	1	2																								6,5			
Insertion commissurale inférieure.....	4	4	2	1																										6			
— supérieure.....	2	1	1	1	3	3	1																							7,5			
Aryténoïde : hauteur verticale.....	1	3	2	6	11	18	40	4	1																					41			
Ligament thyroéo-cricoidien tendu.....	7	7	9	14	9	9	2																							40			
Trachée : diamètre transverse.....	2	1	2	3	4	5	6	5	7	8																				13,5			
— antéro-postérieur.....	2	1	2	4	5	7	5	6	8	9																				13,5			
Lèvre vocale au repos.....	1	3	11	12	12	5	5	2																						13			
Bras vertical du levier cricoïdien.....	2	1	4	5	10	41	8	5	2	2	2																			13,5			
Aryténoïde : hauteur oblique.....	1	3	2	6	10	10	6	12	5	3	1																			13,5			
Cricoidé : diamètre inférieur ou calibre.....	1	1	3	1	6	8	7	8	5	3	7	3																		13			
Bras horizontal du levier cricoïdien.....	1	1	2	4	5	7	5	7	3																					14			
Intervalle articulaire aryténo-cricoidien.....	1	1	1	2	2	7	8	11	10	9	2	3	1																	16			
Lèvre vocale au repos.....	1	4	4	1																										11,5			
Calibre du cricoïde.....	1	2	1	2	3	1																								14			
Anche vocale : hauteur.....	3	4	2	3	1																									13			
Lèvre vocale tendue.....	1	1	2	6	1																									13			
Thyroïde : hauteur de l'angle saillant.....	1	4	4	3	3																									13,5			
Trachée : diamètres égaux.....	1	2	1	4	4	2																								14			
Lèvre vocale tendue.....	1	3	5	11	19	6	5	3																						14			
Epiglottite : longueur de sa face externe.....		1	3	7	4																									17			
— longueur de sa face interne.....		1																												30			
Glotte au repos.....																														20			
Glotte tendue.....																														20			
Glottide : hauteur.....																														22			
Diamètre thyroéo-cricoidien antéro-postérieur.....																														22			
Cricoidé : hauteur.....																														24			
Diamètre thyroéo-cricoidien transverse ou axe vocal.....																														26			
Cricoidé : diamètre oblique ou supérieur.....																														26			
Longueur de l'épiglotte.....																														26			

D'ORDRE N°	RAPPORTS DES DIVERSES PARTIES DE L'ORGANE DE LA VOIX CHEZ LA FEMME		NOMBRE de LABYX	DIMENSIONS semblables	RAPPORTS proportionnels	DIMENSIONS NORMALES		MOYENNES des dimensions normales.
1	Ligament thyro-cricoidien	et Insertion commissurale thyroïdienne inférieure..	44	10 fois	40/44=	6	et 6 mil.	6 mil.
2	Bras horizontal du levier cricoïdien	et Intervalle articulaire aryéno-cricoidien..	35	34	6/7	16	et 16	16
3	— — — — —	et Diamètre inférieur au calibre du cricoïde..	35	31	6/7	16	et 15	15,5
4	Glottis tendue	et Diamètre thyro-cricoidien antéro-postérieur..	35	30	6/7	20	et 23	24
5	Lèvre vocale tendue	et Longueur de la face externe de l'épiglotte..	53	54	6/7	16	et 17	16,5
6	— — — — —	et Calibre trachéal..	44	37	9/11	14	et 13	13,5
7	Ligament thyro-cricoidien au repos	et Face interne de l'aryénoïde tendue..	50	40	4/5	6	et 6	6
8	Glottis au repos	et Intervalle articulaire aryéno-cricoidien..	58	46	11/14	16	et 16	16
9	Diamètre inférieur du cricoïde	et Bras vertical du levier cricoïdien..	52	42	7/9	14	et 13	13,5
10	— — — — —	et Hauteur oblique de l'aryénoïde..	52	40	40/43	14	et 13	13
11	Bras vertical du levier cricoïdien	et — — — — —	52	40	40/43	12	et 13	13,5
12	Hauteur du cricoïde	et Largeur de la face interne de l'épiglotte..	44	34	3/4	20	et 20	20
13	Bras vertical du levier cricoïdien	et Diamètre transverse de la trachée..	44	33	3/4	12	et 13	13,5
14	Lèvre vocale tendue	et — — — — —	44	30	5/7	14	et 13	13,5
15	— — — — —	et Bras horizontal du levier cricoïdien..	35	28	5/7	14	et 16	15
16	Diamètres thyro-cricoidien antéro-postérieur	et transverse..	35	28	5/7	22	et 23	23
17	Glottis tendue	et Largeur de la face interne de l'épiglotte..	53	43	7/10	20	et 20	20
18	Ligament thyro-cricoidien tendu	et Hauteur verticale de l'aryénoïde..	50	36	9/13	10	et 11	10,5
19	Lèvre vocale tendue	et Calibre du cricoïde..	53	34	2/3	14	et 14	14
20	Diamètre supérieur du cricoïde	et Longueur de l'épiglotte..	53	34	2/3	26	et 24	25
21	Glottis au repos	et Bras horizontal du levier cricoïdien..	53	33	2/3	16	et 16	16
22	Lèvre vocale tendue	et Hauteur de l'angle saillant du thyroïde..	35	22	2/3	16	et 14	14
23	Hauteur de l'anche vocale	et Calibre du cricoïde..	44	7	7/11	13	et 14	13,5
24	Lèvre vocale au repos	et Hauteur oblique de l'aryénoïde..	41	7	8/5	11,5	et 12	12
25	— — — — —	et Diamètre transverse de la trachée..	44	26	3/5	11,5	et 13,5	13,5
26	Glottis tendue	et Hauteur du cricoïde..	44	26	6/11	20	et 20	20
27	Lèvre vocale au repos	et Bras vertical du levier cricoïdien..	52	30	7/13	11,5	et 12	12
28	Glottis tendue	et Diamètre thyro-cricoidien transverse ou axe vocal..	52	28	7/13	20	et 22	21
29	Diamètre inférieur du cricoïde	et Intervalle articulaire aryéno-cricoidien..	52	23	7/13	14	et 16	15
30	— — — — —	et Diamètre thyro-cricoidien transverse..	52	23	7/13	24	et 22	23
31	Lèvre vocale tendue	et Longueur de la face externe de l'épiglotte..	58	31	8/15	14	et 17	15,5

N ^o Ordre		NATURELLES DES DIVERSES PARTIES DE L'ORGANE DE LA VOIX CHEZ L'HOMME		NOMBRE LABYRIN		DIMENSIONS semblables		RAPPORTS		proportions		DIMENSIONS NORMALES		NOTES des dimensions NORMALES	
2	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Longueur de la face externe de l'épiglotte et Bras horizontal du levier cricoïdien.	Ligament thyro-cricoidien au repos et Insertion commissurale thyroïdienne inférieure.	et Face interne de l'aryténoïde tendu.	et Hauteur oblique de l'aryténoïde.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Bras vertical du levier cricoïdien	Lèvre vocale au repos	Lèvre vocale de la face interne de l'épiglotte et Hauteur du cricoïde.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Longueur de la face interne de l'épiglotte et Hauteur du cricoïde.	Lèvre vocale au repos	Diamètres thyro-cricoidiens antéro-postérieur et transverse.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Bras horizontal du levier cricoïdien et Intervalle articulaire aryéno-cricoidien	Glotte au repos	et Largeur de la face interne de l'épiglotte	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Diamètre oblique ou supérieur du cricoïde et Longueur de l'épiglotte.	Diamètre de l'anche vocale	et Calibre du cricoïde	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Hauteur du cricoïde	Hauteur du thyroïde	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Diamètre inférieur du cricoïde	Glotte tendue	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Hauteur du cricoïde	Lèvre vocale tendue	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Diamètre thyro-cricoidien antéro-postérieur	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Longueur de la face externe de l'épiglotte	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Diamètre inférieur ou calibre du cricoïde.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Lèvre vocale au repos	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Diamètre thyro-cricoidien transverse.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Bras horizontal du levier cricoïdien.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Bras vertical du levier cricoïdien.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Diamètre transverse de la trachée.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Calibre du cricoïde.	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Lèvre vocale au repos	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Bras vertical du levier cricoïdien	Glotte au repos	Ligament thyro-cricoidien tendu	Lèvre vocale tendue	Glotte tendue	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Ligament thyro-cricoidien tendu	Lèvre vocale tendue	Glotte au repos	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
Glotte au repos	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et
et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et	et

Dimensions rangées par ordre de similitude et d'identité comparée. Dimension commune à chaque groupe.	CHEZ LA FEMME	CHEZ L'HOMME
1 Aryténoïde au repos, face interne.....	5 ml.	7 ml.
2 — tendu —	6	8
3 Insertion commissurale thyroïdienne inférieure	6	8
4 Ligament thyro-cricoldien au repos.....	6,5	8
5 Insertion commissurale thyroïdienne supérieure	7,5	9
6 Ligament thyro-cricoldien tendu.....	10	12
7 Aryténoïde : hauteur verticale.....	11	15
8 Lèvre vocale ou membraneuse au repos.....	11,5	16
9 Trachée : diamètre antéro-postérieur	13,5	18
10 — — transverse.....	13	18
11 Aryténoïde : hauteur oblique.....	13	17
12 Bras vertical du levier cricoldien.....	13	16
13 Anche vocale : hauteur	13	16
14 Thyroïde : hauteur de l'angle saillant.....	13,5	17
15 Calibre du cricoïde.....	14	18
16 Lèvre vocale tendue.....	14	20
17 Bras horizontal du levier cricoldien.....	16	21
18 Glotte au repos.....	16	23
19 Intervalle articulaire aryténo-cricoldien.....	16	20
20 Epiglottite : longueur de sa face externe.....	17	20
21 — largeur de sa face interne.....	20	24
22 Glotte tendue.....	20	27
23 Cricolde : hauteur	20	24
24 Diamètre thyro-cricoldien antéro-postérieur...	22	28
25 — — transverse ou axe vocal	22	27
26 Cricolde : diamètre supérieur oblique.....	24	31
27 Epiglottite : longueur de sa face interne.....	26	33

Dimensions rangées par ordre de similitude et d'identité. Dimension commune à chaque groupe.		CHEZ L'HOMME
1 Aryténoïde au repos, face interne.....	7 mil.	} 8 mil.
2 Aryténoïde tendu —	8	
3 Insertion commissurale thyroïdienne inférieure.....	8	
4 Ligament thyro-cricoïdien au repos.....	8,5	
5 Insertion commissurale thyroïdienne supérieure.....	9	
6 Ligament thyro-cricoïdien tendu.....	12	} 16
7 Aryténoïde : hauteur verticale.....	15	
8 Lèvre vocale au repos.....	16	
9 Bras vertical du levier cricoïdien.....	16	
10 Anche vocale : hauteur.....	16	
11 Aryténoïde : hauteur oblique.....	17	} 17
12 Thyroïde : hauteur de l'angle saillant.....	17	
13 Trachée : diamètre antéro-postérieur.....	18	} 18
14 — — transverse.....	18	
15 Calibre du cricoïde.....	18	} 20
16 Lèvre vocale tendue.....	20	
17 Intervalle articulaire aryténo-cricoïdien.....	20	
18 Epiglottle : longueur de sa face externe.....	20	
19 Bras horizontal du levier cricoïdien.....	21	
20 Glotte au repos.....	23	} 24
21 Epiglottle : largeur de sa face interne.....	24	
22 Cricoïde : hauteur.....	24	
23 Glotte tendue.....	27	} 27,5
24 Diamètre thyro-cricoïdien transverse ou axe vocal.....	27	
25 — — antéro-postérieur.....	28	
26 Cricoïde : diamètre supérieur oblique.....	31	} 32
27 Epiglottle : longueur de la face interne.....	33	

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de l'orateur, par le Dr A. Riant (1).

Dans ce livre qu'il ajoute à sa série de travaux sur l'*Hygiène des professions intellectuelles*, le Dr Riant se propose de réunir en quelques chapitres substantiels tous les éléments d'un enseignement méthodique et pratique pour l'homme appelé à parler en public.

La *première partie* de ce travail est consacrée aux exigences des professions oratoires, au point de vue des forces et de la santé. Elle est subdivisée en huit chapitres : dans le premier, sont étudiés les aptitudes physiques et l'apprentissage du futur orateur.

La voix étant l'instrument principal de l'orateur, c'est à en étudier les variétés, les qualités et les défauts que l'auteur consacre le deuxième chapitre. Il indique les caractères de la voix de quelques orateurs et donne Cicéron, Démosthènes, J. Favre, etc., comme exemple de voix perfectionnées par le travail. L'étude de la respiration oratoire fait l'objet du troisième chapitre. Le quatrième traite de l'éducation et de l'hygiène de la voix. Très en honneur chez les anciens, l'éducation de la voix est absolument négligée de nos jours ; c'est là un tort grave, car elle donne beaucoup de qualités et corrige de non moins nombreux défauts. L'intonation a une très grande importance : le mieux sera de prendre pour point de départ le ton naturel, qu'il faudra du reste savoir conserver, car c'est le plus persuasif. Aussi, devra-t-on éviter les écarts et savoir rester dans le médium ; c'est là le grand secret pour réussir et pour prévenir la fatigue. Le sixième chapitre a trait à la prononciation, l'articulation, la diction et la ponctuation. Quelles sont les causes capables d'altérer le timbre de la voix ? voilà l'objet du septième chapitre. Quant au huitième, il est consacré à l'étude du geste dont l'importance est capitale au point de vue de l'effet à produire.

Deux chapitres composent la seconde partie, dans laquelle

(1) Paris, chez J.-B. Baillière et fils, 1886.

sont étudiés le milieu oratoire, la forme, les dimensions, l'acoustique du milieu où on parle.

Passant au second chapitre, nous y voyons énumérées les différentes attitudes de l'orateur. Elles varieront suivant que l'orateur parlera debout ou assis, suivant qu'il parlera de sa place ou montera à la tribune.

Dans la troisième et dernière partie, trois chapitres sont consacrés au jour où l'on parle en public.

L'improvisation, la façon de lire, de parler ou de réciter un discours, le régime ordinaire de l'orateur, ses habitudes, ses manies sont aussi consignés dans ce chapitre. L'orateur, pendant qu'il parle, doit d'un coup d'œil juger la salle, le milieu, ses qualités, ses défauts. Il doit bien poser sa voix, surveiller son attitude, calculer ses efforts d'après le temps qu'il a à parler. L'auteur passe aussi en revue ce qu'il appelle les adjuvants de la voix : les boissons en usage chez les orateurs anciens et chez les modernes. Enfin, après avoir parlé, l'orateur aura besoin de calme, de repos et de silence. Il serait même nécessaire d'avoir une pièce destinée à placer la personne qui vient de parler; elle pourrait là, tout en se reposant, reprendre peu à peu le calme et la tranquillité.

M. NATIER.

Étude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par le Dr J. COLLET.

L'auteur aborde son sujet par un aperçu de l'anatomie normale de la région et expose sommairement la topographie du pharynx nasal. Il en définit le rôle physiologique. Vient ensuite une description détaillée du tissu qui occupe la voûte du pharynx.

M. Collet rappelle que les tumeurs adénoïdes du pharynx, divisées par Meyer en tumeurs *sessiles* et en tumeurs *pédiculées* peuvent occuper ou la partie centrale du pharynx ou les parties latérales. Dans le premier cas, elles produisent d'abord des symptômes respiratoires et dans le second, au contraire, des symptômes auriculaires.

Vient ensuite un exposé des symptômes fonctionnels occasionnés par ces néoplasmes.

Pour un observateur attentif, l'ouverture de la bouche, la physionomie, la prononciation vicieuse sont des signes pathomoniques. Mais souvent il sera besoin de pratiquer un examen plus approfondi et on aura alors recours aux procédés d'investigation plus minutieux : *rhinoscopie antérieure*, *rhinoscopie postérieure*, *palpation* et *auscultation*, ce dernier récemment indiqué par Grancher.

Quant au diagnostic différentiel, on devra le faire avec l'*hypertrophie des amygdales*, le *coryza chronique*, les *papillomes des cornets*, les *polypes du nez* et du *pharynx nasal*, enfin l'*étroitesse congénitale des fosses nasales*.

Le pronostic peut devenir très grave si on n'intervient à temps, par un traitement approprié. On pourra faire disparaître les tumeurs adénoïdes ou bien par un *traitement médical*, ou bien par la *cautérisation*, ou enfin par l'*ablation*. M. Collet passe en revue ces différentes méthodes.

Les végétations enlevées on peut avoir à compter avec certaines complications telles que la *pharyngite*, l'*otite* et la persistance de la *respiration buccale*, qui feront alors l'objet d'un traitement ultérieur.

M. Collet termine son travail en relatant neuf observations de végétations adénoïdes empruntées à M. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Citons enfin un index bibliographique de deux pages.

M. N.

Étude sur la phtisie laryngée. Recherches cliniques, par le Dr G. DE LAMALLERÉE (1).

Maladie fréquente, la phtisie laryngée, se rencontrerait d'après les relevés statistiques de l'auteur dans 44,22 0/0 des cas de phtisie pulmonaire. Elle s'observe plus souvent dans la phtisie pulmonaire héréditaire que dans n'importe quel autre cas. Elle atteint son maximum de fréquence chez l'homme de trente à quarante ans et chez la femme de vingt à trente ans. Dans la majorité des cas, le début de la laryn-

(1) F. Marion, imprimeur-éditeur, Grande-Rue, Gannat, 1886.

gite est sans cause bien tranchée; son apparition a lieu d'ordinaire dans le cours de la tuberculose du poumon (80,3 0/0), ensuite, on voit les deux affections se montrer simultanément (26,1 0/0); le larynx peut être envahi le premier (13,06 0/0); enfin cet organe peut être pris seul. La phtisie laryngée et la phtisie pulmonaire peuvent évoluer séparément et celle-là n'est pas due à l'inoculation du principe tuberculeux provenant de celle-ci.

La marche de la phtisie laryngée est entièrement subordonnée à l'état pulmonaire; elle peut quand elle est primitive revêtir une forme chronique avec rémissions de durée plus ou moins longue.

L'auteur passe en revue les symptômes de l'affection généraux et locaux.

L'emploi du laryngoscope permet d'établir si l'on se trouve en présence d'une laryngite tuberculeuse et d'en déterminer la forme. Suit une étude sur le diagnostic différentiel de la tuberculose laryngée, la laryngite simple et la syphilis de l'organe vocal, etc.

Le diagnostic avec l'aphonie nerveuse est parfois très difficile et on devra dans ce cas essayer de quelques séances d'électricité qui auront raison de l'aphonie nerveuse, mais pas toujours cependant. L'aphonie survenant par épuisement à la fin de la phtisie, ne saurait entrer en ligne de compte, car l'existence de signes concomitants empêchera toute espèce de confusion.

Le traitement général de la phtisie laryngée, n'est autre que celui de la tuberculose; quant au traitement local, il varie suivant la période de la maladie. Dans une première catégorie, on peut placer les moyens préventifs qui sont exclusivement du domaine de l'hygiène du larynx; une seconde comprendra : le traitement purement local pratiqué à l'aide des applications directes et *loco dolenti*.

cette étude est annexé un tableau de 502 observations de phtisie pulmonaire sur lesquelles l'auteur note 222 cas de phtisie laryngée.

M. NATIER.

Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdi-mutité,

par le Dr J.-A.-A. RATTEL (1).

Après un aperçu historique de la question, l'auteur consacre quelques lignes à la réfutation de cette opinion de Trœltsch : « Jusqu'à présent les hommes qui se sont occupés de la construction des cornets acoustiques ne connaissaient ni la physique, ni la physiologie. C'est pour cette raison que l'acoustique n'a pas fourni pour les maladies de l'oreille les secours que l'optique a fournis pour les troubles de la vision. *Les lunettes pour les oreilles restent à découvrir.* »

L'ouïe et la vue sont des sens absolument distincts; ils ne peuvent au même titre retirer d'appareils empruntés à la physique les mêmes bénéfices.

Le chapitre qui suit cette introduction est consacré à la classification, la description et les indications des cornets acoustiques. L'auteur adopte la division de Toynbee en trois classes de cornets et lui adjoint une quatrième classe.

1° Cornets qui tiennent seuls dans l'oreille ou autour de l'oreille sans l'aide de la main; 2° Cornets tenus à la main par le malade; 3° Cornets dont une extrémité est placée dans l'oreille malade et l'autre tenue à la main par l'interlocuteur; 4° Dans la quatrième classe l'auteur décrit les *appareils acoustiques* divers dont le but est de parer à la surdité autrement qu'en utilisant un tube creux chargé de renforcer et de conduire les sons.

Vient ensuite la description des différents cornets et des appareils acoustiques. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette voie, arrêtons-nous à l'étude des indications de ces divers instruments.

Ils sont indiqués dans toute maladie de l'oreille externe ou moyenne dans lesquelles le traitement est impuissant. Dans les maladies de l'oreille interne ils sont absolument inutiles.

Le second chapitre est consacré aux applications des cornets acoustiques dans le traitement médical de la surdi-mutité.

(1) Paris, J.-B. Baillière, 1886.

Les sourds-muets accidentels sont beaucoup plus nombreux que les sourds-muets congénitaux. Chez eux il reste souvent un degré d'audition plus ou moins considérable. Le cornet acoustique pourrait servir à développer le peu d'audition qui reste. C'est Toynbee qui le premier a eu cette idée et l'auteur rapporte les curieuses observations sur lesquelles Toynbee s'est basé pour admettre ce fait important que par les cornets acoustiques on peut espérer non pas la guérison de la surdi-mutité, mais une amélioration considérable de l'exercice de l'oreille. M. Rattel termine par une dernière observation de M. H. Currier de New-York analogue à celle de Toynbee et engage vivement les professeurs de sourds-muets à faire usage des cornets acoustiques dans leur enseignement

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLE.

Formations kystiques du pavillon (*Cyst-formation in the Auricle*),
par le D^r Arthur HARTMANN, de Berlin.

L'auteur rapporte deux cas de formations kystiques du pavillon récemment observés par lui. Il estime que les cas rapportés jusqu'à ce jour ont été improprement décrits comme des hématomes. Si l'on compare les points caractéristiques qui différencient les hématomes des kystes l'on s'aperçoit facilement que les deux affections sont parfaitement distinctes.

OTHÉMATOMES.

KYSTES.

Age	Apparaît à un âge avancé.	Age mûr.
Constitution	Se produit chez les sujets cachectiques et les fous.	Affectent des individus robustes, pleins de santé.
Etiologie	Est presque exclusivement le résultat du traumatisme.	Causes déterminantes sont inconnues.
Mode de développement..	La tumeur apparaît subitement.	Se développe graduellement.
Symptômes	Inflammation, douleur.	Ni inflammation, ni douleur.
atenu	Sang.	
de de guérison	Déformation du pavillon.	Sans déformation.

Entre le kyste et la périchondrite il existe cette différence que tandis que les phénomènes inflammatoires font défaut dans les kystes, dans les cas de périchondrite il existe de la rougeur, de la chaleur et des douleurs vives de la région. Le contenu de la tumeur dans la périchondrite est souvent le même que dans les cas de kystes; généralement, toutefois, le liquide n'est pas limpide, affecte un caractère purulent qui provient du mélange de globules de pus.

Hartmann donne une liste de onze cas rapportés par différents auteurs et qu'il considère comme des cas de kystes; il résulte de cette liste que les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes; on n'a rapporté aucun cas de kyste chez ces dernières. La plupart des malades étaient dans la force de l'âge. On en compte un à quatorze ans, trois entre vingt et trente, six entre trente et quarante, et un seulement entre quarante et cinquante. Sur ces onze cas, huit fois le kyste s'est développé à gauche et trois fois à droite. Dans tous ces cas on ne peut découvrir la moindre trace de traumatisme ni aucun signe d'affection mentale. Dans six cas le contenu de la tumeur était limpide et séreux; dans un cas le liquide était jaunâtre et légèrement teinté de sang; dans un autre c'était du serum sanguin; dans un dernier cas on ne fit point d'incision.

Dans quatre de ces cas la tumeur fut traitée par le massage et les bandages compressifs, cinq fois par une incision, deux fois la guérison survint spontanément. De l'étude de ces onze cas, il semble résulter que le massage amène la guérison à peu près dans le même espace de temps que l'incision. D'autre part le massage exige beaucoup plus de soins.

Hartmann recommande l'incision et le drainage consécutif, il ne croit pas nécessaire l'emploi d'un bandage compressif. La plaie doit être tenue aseptique le plus possible afin d'éviter toute réaction inflammatoire. Il peut se produire facilement une suffusion sanguine dans des poches kystiques, la présence du sang ne suffit donc pas pour donner à la tumeur le nom d'hématome (*Arch. of Otolog.*, juin-septembre 1886).

D^r GORHAM-BACON.

Un cas d'épithélioma du pavillon. (*A case of epithelioma of the Auricle*), par le Dr THOMAS B. POOLEY.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, pâle et amaigri, vient consulter le Dr Pooley le 15 décembre 1884, et lui raconte son histoire de la façon suivante. Sa mère est morte en 1867 d'un cancer du sein, à l'âge de soixante-sept ans. Cinq ans plus tard, son père atteint d'un épithélioma du nez fut opéré et guérit sans récurrence. Chez ce malade, la tumeur est située sur l'anthélix et couverte à la surface d'une croûte écailleuse facile à enlever et laisse à découvert une perte de substance superficielle, et au centre une ulcération à bords déchirés. La tumeur mesure $1/2$ sur $3/8$ de pouce. Son bord externe, du côté de l'hélix, présente une éminence nodulaire du volume d'un pois. Il existe aussi plusieurs petits nodules du côté du lobule et au-dessous du bord de la tumeur. Les glandes sous-maxillaires sont hypertrophiées.

Le malade affirme que la maladie a commencé à paraître cinq ans auparavant, par des petites croûtes faciles à enlever et laissant au dessous d'elles une surface lisse. La douleur légère au début augmente graduellement.

Avant d'opérer, l'auteur enserre le champ de la tumeur tout entier à l'aide des pinces à entropions de Knapp et fait sur le bord supérieur de la tumeur, une injection de quelques gouttes de solution de cocaïne à 4 0/0 à l'aide de la seringue hypodermique. Il circonscrit ensuite le néoplasme dans une incision elleptique en ayant soin de se tenir bien exactement sur la partie saine de la peau, et l'en détache du cartilage par une dissection minutieuse. La tumeur enlevée, le cartilage étant un peu ramolli, fut raclé à la cuillère tranchante. Suture. Pansement compressif.

L'opération ne fut en aucune façon douloureuse, excepté lors de l'application des sutures, il y eut une légère réaction accompagnée d'un gonflement considérable de l'oreille qui parut rapidement. La plaie guérit rapidement. L'examen de la tumeur au microscope montre qu'il s'agissait d'un thélioma.

Le malade opéré depuis deux ans a été revu par l'auteur,

il n'existe pas le moindre signe de récidence (*N.-Y. Med. Rec.*, 20 novembre 1886). D^r GORHAM BACON.

Opération sur le tympan dans des cas d'altération de l'ouïe,
(14 observations) (*Operation on the Drum Head, for impaired Hearing with fourteen cases*), par le D^r SETH H. BISHOP.

L'opération a porté exclusivement sur des cas d'otite moyenne chronique non suppurée et dans lesquels on ne pouvait espérer aucune amélioration des autres méthodes de traitement qui avaient été du reste préalablement essayées. C'est donc dans des cas absolument désespérés que l'auteur a fait cette opération. Le point d'élection pour l'incision du tympan est la partie de la membrane située en avant du manche du marteau. Il a fait usage, comme anesthésique local, d'une solution de cocaïne à 4 p. 0/0. L'auteur rapporte quatorze observations diverses. De ces quatorze malades deux seulement étaient âgés de vingt-cinq ans. L'un d'eux était sourd-muet et l'autre était atteint d'une affection labyrinthique. Tous les autres, sauf deux, étaient âgés de moins de trente-cinq ans. Il ne faut pas oublier que tous ces malades ont été opérés, sept dans des cas absolument désespérés et cependant treize malades sur quatorze ont été plus ou moins améliorés et parfois l'amélioration a été de 500 à 800 ‰ (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 août 1886). D^r J. CH.

Otite moyenne aiguë pendant la première dentition (*Otitis media acuta during the first dentition*), par le D^r KOHN.

La fréquence de l'otite moyenne aiguë chez les enfants est bien connue de tous. Roosa mentionne ce fait que la douleur qui accompagne un accès d'otite moyenne aiguë est souvent attribuée à tort à la dentition. Mais la dentition elle-même peut jouer un rôle dans l'étiologie de l'otite moyenne aiguë. L'auteur a observé deux cas de ce genre absolument semblables, il suffit donc de rapporter l'histoire du premier.

Un enfant de sept mois devient, un matin, très irritable, n'ayant aucun repos; il refuse le sein et toute autre espèce d'aliments, il refuse d'avaler même de l'eau; ses cris

perçants et continuels me suggèrent l'idée d'examiner ses gencives et je trouve sous le maxillaire inférieur deux saillies de la muqueuse qui me paraissent annoncer la venue prochaine des deux incisives médianes. Croyant que le tissu qui recouvrait les dents était trop résistant, je pratiquai deux petites incisions cruciales, dans le but de soulager l'enfant. Mon espoir fut déçu et le malade devint de plus en plus agité au point que sa mère avait toutes les peines du monde à le retenir dans ses bras. Bientôt l'enfant ne parut plus reconnaître ceux qui l'entouraient et sembla présenter tous les symptômes d'une grave affection cérébrale. La mère cependant remarqua que l'enfant portait souvent la main à l'oreille droite et refusait absolument de prendre le sein gauche. Ce dernier fait s'expliquait parce que son oreille droite reposait sur le bras gauche de sa mère et la douleur en était augmentée.

Ces symptômes amenèrent l'auteur à songer à une affection de l'oreille et en effet des injections tièdes et des bains chauds produisirent une amélioration des symptômes qui cessèrent dès qu'un écoulement muco-purulent fut établi par le conduit auditif externe.

En étudiant les relations étiologiques entre l'otite et la dentition, on doit en premier lieu considérer la douleur. Ce symptôme est causé par la pression sur les branches terminales du trijumeau, produite par la dent qui cherche à s'ouvrir une voie à travers une gencive plus résistante qu'à l'ordinaire ou une alvéole anormalement resserrée. On doit aussi tenir compte des anastomoses qui existent entre ces filets nerveux, les nerfs vague et glosso-pharyngiens qui envoient des filets nerveux non seulement à la muqueuse du pharynx et de la trompe, mais encore à celle du promontoire.

Les symptômes cérébraux qui se manifestent dans les cas d'otite moyenne de ce genre sont dus à la congestion cérébrale qui résulte de la vive inflammation de la caisse

Mississippi, Valley, Med. Monthly, 10 octobre 1886).

D^r J. CH.

Rupture des deux tympans à la suite d'une chute sur la tête; hémorragie suivie d'un écoulement aqueux, fracture de la portion tympanique des deux temporaux. (*Rupture of both membrane tympani from a fall on the head. Escape of blood followed by a watery discharge. Fracture of the tympanic portion of both temporal bones*), par le Dr J.-M. RAY.

L'auteur vit, cinq jours après l'accident, le malade qui était tombé sur la tête et sur les mains, d'une hauteur de douze pieds. Il avait un moment perdu connaissance mais n'avait pas eu de vomissements. Il était atteint d'une fracture compliquée des deux os de l'avant-bras droit, d'une blessure du maxillaire inférieur, et d'une abondante hémorragie des deux oreilles. Le jour suivant, à l'otorragie avait succédé l'écoulement d'un liquide pâle et légèrement coloré. Le malade ne perceoit pas le tic-tac de la montre, mais il entend le bruit du diapason placé sur le crâne. Quand on le place sur l'apophyse mastoïde le malade l'entend beaucoup mieux et pendant plus longtemps que par la voie aérienne en face du pavillon. Bourdonnements intenses.

A l'examen on constate, d'un côté, une rupture linéaire verticale située en avant du manche du marteau, et de l'autre une rupture également linéaire s'étendant obliquement d'avant en arrière au-dessous de l'ombilic. A travers cette rupture, on voit s'écouler d'une façon continue, et avec des mouvements pulsatiles, un liquide incolore; l'écoulement dure dix jours environ, puis diminuant graduellement devient purulent et cesse complètement. Trois mois plus tard le malade était guéri et avait recouvré son audition normale; à l'examen du tympan une petite ligne blanchâtre marquait le siège de la rupture (*Arch. of Otolog.*, juin-septembre 1886).

Dr GORHAM-BACON.

Des complications du côté de l'oreille dans le cours de la scarlatine, par le Dr L. BATUT.

L'auteur divise en deux parties son travail. Il étudie en premier lieu les complications auriculaires de la scarlatine; il traite en second lieu de l'otorrhée en tant que forme fruste de la scarlatine.

Le premier paragraphe est tout entier consacré à l'historique minutieux de la question. Dans le second, il étudie les troubles auditifs de la scarlatine franche sous quatre chefs : A. Surdité définitive ; B. Surdité temporaire ; C. Catarrhe du conduit auditif et de l'oreille moyenne ; D. Diphtérie du conduit auditif et de l'oreille moyenne.

A cette classification, due à M. Fournié, l'auteur croit devoir ajouter la dys  cie du début qu'il a rencontrée dans 6 cas sur 21 observations et qui était toujours accompagnée de bourdonnements d'oreilles.

A. *Surdité définitive*. — Assez rare, elle s'établit généralement d'emblée et sans retentissement général. Peut-être faudrait-il la regarder comme étant le résultat d'une otite labyrinthique secondaire. Fournié la croit produite par une impression miasmatique directe des centres auditifs. Leyden y reconnaît l'action des micrococci développés dans le liquide arachnoïdien. La cophose ne serait en rien soumise à l'influence de l'âge ou du sexe ; on ignore si elle frappe plutôt une oreille que les deux à la fois.

B. *Surdité temporaire*. — Elle surviendrait dans la convalescence de la maladie ; durée relativement courte. Examen de l'oreille négatif.

C. *Catarrhe du conduit auditif et de l'oreille moyenne*. — Il peut être simple, soit primitif, soit consécutif à l'ouverture dans l'intérieur d'abcès circonvoisins ; ou bien encore l'otite externe peut s'accompagner de suppuration. On observe encore des myringites, soit la forme catarrhale, soit la forme purulente, soit la forme scléreuse. Enfin l'oreille moyenne peut à son tour offrir les deux ordres de processus.

Ces otites exanthématiques, sont dues à une congestion de longue durée de la muqueuse pharyngienne avec propagation à la trompe et à la caisse. La muqueuse de celle-ci, simplement hyperh  mi  e au début, devient ensuite le si  ge d'une éruption variable suivant le genre d'exanthème. Dans la scarlatine, à l'éruption du début, succède la suppuration et à son tour la production de bourgeons polypifformes. Ces derniers plus tard amèneront la perforation du tympan.

La présence du pus entraîne : 1° l'oblitération de la trompe et du canal petro-mastoïdien ; 2° la compression de la corde du tympan avec paralysie unilatérale du goût ; 3° la compression des osselets, suivie bientôt de leur luxation.

Le pus peut s'écouler à travers la membrane tympanique et entraîner avec lui les osselets de l'ouïe ; il peut aussi fuser dans l'arrière-gorge par la trompe ; on le voit encore parfois envahir les cellules mastoïdennes et y déterminer de graves complications. Vient-il à corroder les parois de l'aqueduc de Fallope, on a de l'hémiplégie faciale. On a vu survenir des hémorragies mortelles consécutives à l'ulcération des vaisseaux jugulaires ou carotidiens. Enfin, à la suite d'une phlébite de la jugulaire et du sinus latéral, on observa l'abcès du cerveau avec infection purulente.

Les symptômes locaux et généraux soigneusement constatés permettront d'établir sûrement le diagnostic.

Le pronostic, grave le plus souvent, découle de ce qui vient d'être dit.

Dans l'otite moyenne aiguë, on pourra au début entourer le cou avec de la glace et avoir soin de mettre un tampon d'ouate dans le conduit auditif externe. On pourra aussi faire usage localement des préparations iodées. Les douleurs seront calmées par des injections d'eau tiède avec 20 gouttes de teinture d'opium dans l'oreille. La quinine aura pour effet d'éviter les douleurs intermittentes du soir. La période aiguë passée, une insufflation d'air dans la trompe avec le ballon de Politzer redressera la membrane du tympan et produira un effet immédiat.

Si les symptômes ne s'amendaient pas, on devrait faire la paracentèse du tympan, et une insufflation par Politzer pour chasser le pus par le conduit auditif. S'il y a stagnation du pus dans l'oreille, on fera des injections d'infusion de camomille, de mauve ou de lait ; mieux vaut encore le sulfate de soude.

D. Diphtérie du conduit auditif de l'oreille moyenne. — Burckhardt admet que les formes graves d'otite moyenne de la scarlatine tiennent à une inflammation croupeuse diphté-

ritique de la muqueuse auriculaire, inflammation propagée du pharynx. De nombreuses observations viennent à l'appui de cette opinion. On comprend aisément qu'il en soit ainsi, en songeant combien fréquemment se rencontrent ensemble la scarlatine et la diphtérie d'une façon épidémique ou endémique.

Si l'on admet avec Burckhardt que les otites scarlatineuses graves sont d'origine diphtéritique, on pourra, comme lui, faire la cautérisation des plaques diphtéritiques avec une solution à 10 pour 0/0 d'acide salicylique dans l'alcool. Le même auteur pratique la douche nasale avec de l'eau tiède additionnée de sel marin.

Le tympan sera nettoyé avec le constricteur des polypes de Wilde ou avec une curette gynécologique.

Lorsque le processus continue et qu'il se produit une otorrhée profuse, on institue les trois traitements à l'acide salicylique, phénique et borique.

M. Batut passant à la question de l'*otite labyrinthique* rappelle que parmi les causes de congestion de l'oreille interne M. Ladreit de Lacharrière signale les fièvres graves et en particulier, la fièvre typhoïde. Pour cet auteur, l'otite labyrinthique peut être primitive, comme l'admet aussi Voltolini, mais elle peut aussi être secondaire.

De l'otorrhée et de la méningite cérébro-spinales considérées comme des formes frustes de la scarlatine. — L'otorrhée, dit M. Viry, peut apparaître chez les scarlatineux, en dehors de toute relation entre l'otite et l'angine spécifiques; il se demande même si des scarlatines frustes ne peuvent pas se manifester par le seul symptôme otite ou otorrhée. Cette opinion semble recevoir sa confirmation d'observations faites d'autre part par MM. Massonnaud, par A. et L. Laveran, par l'auteur lui-même qui va plus loin que M. Viry et conclut affirmativement à l'existence de l'otorrhée et de la méningite cérébro-spinale comme formes frustes de la scarlatine (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nos 16 et 17, oct. nov. 1886).

M. NATIER.

Lésions des deux lobes temporaux sans surdité (*Lesion of both temporal lobes without word deafness*), par le Dr L. C. GRAY.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui avait eu quelques jours auparavant des convulsions qui durèrent une heure environ. On ne put découvrir le moindre signe anormal du côté de la sensibilité ni du mouvement. Il parle distinctement et s'exprime correctement, pupilles normales à tous les points de vue. L'examen ophtalmoscopique ne permet de rien découvrir d'anormal. Il n'éprouve aucune douleur de tête, il a absolument perdu le souvenir de ce qui s'est passé à l'époque où il a eu ses convulsions, il a aussi, à un léger degré, perdu la mémoire des événements de sa vie passée. En dehors de cela ses facultés mentales paraissent intactes. Il a eu probablement la syphilis, mais il n'en existe aucun signe positif. Deux ans auparavant il a souffert d'insomnie et parfois de légers maux de tête. Il reste à peu près dans cet état pendant quatre mois, il eut alors de nouvelles convulsions très nombreuses; le jour suivant il fut pris de délire, ses forces déclinerent graduellement et il mourut quatre jours après sans avoir eu de convulsions nouvelles.

Autopsie. — Crâne et dure-mère normaux. Il existe de la lepto-méningite diffuse avec adhérences et des ecchymoses. On trouve aussi de la méningite arachnoïdienne très marquée sur le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante et sur la circonvolution pariétale avec adhérences très nette et une petite plaque méningitique adhérente à la base de la seconde circonvolution frontale; on constate aussi l'existence de plusieurs petites plaques adhérentes au bout de la première circonvolution frontale, une large plaque sur la troisième circonvolution frontale qui est ramollie et une lésion méningitique sur la première et la seconde circonvolutions temporales. Il existe de petits noyaux hémorragiques sur la première frontale, sur le lobule pariétal et sur le lobe occipital. Le lobe temporo-sphénoïdal gauche était très ramolli. Sur la partie médiane et à gauche le gyrus fornicatus est ramolli et sa surface présente des traces de méningite. Sur l'hémisphère droit on trouve des signes

de méningite arachnoïdienne adhérente sur le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante et des circonvolutions pariétales, sur le gyrus marginalis, et suivant une ligne courbe sur la première circonvolution temporale jusqu'à son extrémité. Sur la ligne médiane et à droite, on rencontre les mêmes lésions sur le gyrus fornicatus. Les lésions des deux côtés sont situées presque entièrement sur le champ de distribution de l'artère sylvienne.

En présence de ce cas et d'un autre cas semblable rapporté par Westphal nous devons abandonner la théorie édifiée sur les fameuses expériences de Munk, faites sur des chiens et des chats et d'après lesquelles le centre cérébral pour la réception des sons siégerait chez l'homme sur les circonvolutions temporales (*Journ. of Mental and Nervous diseases*, oct. 1886).

D^r GORHAM BACON.

**Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille
externe, par M. YVES DELAGE.**

Voici les conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de ses expériences faites au laboratoire de Roscoff :

1^o Les canaux demi-circulaires ou l'utricule ne sont point l'organe spécial de nos sensations de translation ; ce n'est point par eux que nous représentons l'espace avec ses trois dimensions ; ce n'est pas à eux que nous devons d'en avoir acquis la notion ; ils ne commandent pas les mouvements réflexes provoqués par l'expression auditive ; ils ne constituent pas un sens de la direction qui nous permette, au milieu de nos pérégrinations dans l'espace, de retrouver, à chaque instant, la direction du point de départ ;

2^o Ils ne contribuent à nous renseigner sur l'orientation de la tête et du corps qu'indirectement et non par une sensation statique actuelle, mais par le souvenir du mouvement accompli et par leur action sur les mouvements des yeux ;

3^o Leur fonction véritable, à la fois sensitive et excitatrice, est de nous renseigner sur les mouvements de rotation accomplis par notre tête, soit seule, soit avec le corps, et de provoquer, par voie réflexe, les mouvements des yeux compen-

sateurs de ceux de la tête et les contractions musculaires correctrices nécessaires pour assurer notre équilibre et la précision de nos mouvements généraux. (*La France méd.*, 4 nov. 1886.)

D^r J. CH.

Otite suppurée, par M. VOITURIEZ.

M. le D^r VOITURIEZ communique une observation d'otite moyenne suppurée, avec abcès consécutif des cellules mastoïdiennes; trépanation et guérison.

M. DELASSUS croit que dans la trépanation de l'apophyse mastoïde, il doit être tenu compte de l'âge du sujet, qui est en rapport avec la surface de la lésion.

M. TOISON rappelle le procédé de Després, qui se sert simplement de l'extrémité d'une branche de ciseaux.

M. DURET, la couronne de trépan enlevée, a vu une membrane animée de battements; il ignore si c'était la dure-mère ou le sinus latéral (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 20 août 1886).

M. NATIER.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De l'hémorragie consécutive à la section de la luette (*The question of hæmorrhage following uvulotomy*), par le D^r E. ETHELBERG CARROL MORGAN.

Voici les conclusions de ce travail :

Une hémorragie fatale et qu'il fut impossible d'arrêter a été une fois la conséquence de l'uvulotomie. Une hémorragie persistante, obstinée ou alarmante ne s'observe que dans des cas très rares. On rencontre parfois une hémorragie qui cesse spontanément ou cède rapidement à l'application des médicaments styptiques ordinaires. Le plus souvent quelques gouttes de sang suivent l'opération et sont ensuite remplacées par un suintement léger. Les méthodes les plus avantageuses pour arrêter l'hémorragie sont la ligature, la compression à l'aide de pinces, l'emploi du thermo ou du galvano-cautère. Les styptiques les meilleurs sont le nitrate d'argent ou le persulfate de fer appliqués à l'aide de tampons sur la surface saignante, et les solutions d'acide gallo-tannique ou d'alun.

A ces substances on peut ajouter les applications froides et le vinaigre. Les médicaments généraux les plus utiles sont l'opium, l'acétate de plomb, l'acide sulfurique et l'ergot. (N.-Y. Med. Journ., 23 oct. 1886.) D^r J. CH.

Quelques réflexions sur les larges ablations dans le cancer de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx, par le D^r POLAILLON.

M. Verneuil n'admet pas la trachéotomie comme moyen de prévenir la pneumonie septique consécutive aux larges opérations sur la bouche et l'arrière-bouche, mais préconise la non-réunion de la plaie faciale pour permettre l'asepsie facile du foyer opératoire. M. Polaillon dans ce travail se propose de donner son avis sur ces deux procédés.

Sur 37 malades atteints de cancer de la bouche, observés par lui à la Pitié, il en a opéré 19; à ce nombre il a ajouté un opéré de résection du maxillaire inférieur, soit 20 opérés.

Sur ce nombre il compte 12 succès opératoires et 8 décès dont les causes sont :

- 1 décès par syncope à la fin de l'opération.
- 1 — hémorragie foudroyante précoce.
- 2 — hémorragie secondaire.
- 2 — septicémie buccale et infection purulente.
- 2 — pneumonie.

L'auteur rapporte les deux cas de pneumonie consécutive à l'ablation de la tumeur et avec M. Verneuil il admet que l'utilité de la trachéotomie préventive comme moyen d'empêcher la pneumonie n'est pas absolument démontrée, mais il n'admet pas que l'on doive ne pas réunir les lambeaux pour mieux assurer l'antisepsie buccale.

A la fin de son travail M. Polaillon rapporte un certain nombre d'observations qui lui permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

- 1^o La pneumonie est un danger très réel après les grandes opérations sur la bouche et le pharynx ;
- 2^o mais le principal danger est l'hémorragie ;
- 3^o l'antisepsie de la plaie buccale est le meilleur moyen de mettre l'opéré à l'abri de la pneumo-

nie; 4° la trachéotomie préventive est indispensable lorsqu'on redoute une suffocation pendant l'acte opératoire. Elle me paraît peu utile contre la pneumonie consécutive; 5° la ligature préventive de la carotide externe contre les hémorragies pendant et après les grandes opérations sur le pharynx ne doit être conservée qu'à la condition d'être antiseptique, de porter sur ses branches plutôt que sur son tronc, d'être double avec section intermédiaire des artères liées (*Gaz. méd. de Paris*. 17, 24 et 31 juillet 1886). Dr J. CH.

Ulcération tuberculeuse aiguë de la gorge (*Acute tubercular ulceration of the fauces*), par les Drs ABERCROMBIE et GAY.

A la Société Royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, MM. Abercrombie et Gay rapportent trois cas d'ulcération tuberculeuse aiguë de la gorge chez des enfants. Dans un des trois cas, l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait bien de tubercules, et dans les deux autres, absolument semblables, tout porte à penser que les ulcérations étaient de même nature. Les ulcérations peuvent se développer jusqu'à ce que la gorge tout entière soit envahie. Les mucosités visqueuses qui les recouvrent rendent parfois le diagnostic difficile. On constate ordinairement en même temps tous les signes de la tuberculose aiguë (fièvre, émaciation, etc.). Les auteurs considèrent cette forme d'angine, dont la douleur et la dysphagie sont les seuls symptômes prémonitoires, comme rentrant dans le cadre de la tuberculose aiguë. Elle diffère absolument de la tuberculose chronique du pharynx, que cette dernière soit primitive, ou précédée de tuberculose laryngée ou pulmonaire (*The Lancet*, 13 nov. 1886). Dr J. CH.

Carie de la dent de sagesse, ostéo-périostite du maxillaire inférieur, phlegmon de la région sus-hyoïdienne, par le Dr WEISS, de Nancy.

Il s'agit d'une observation d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur avec phlegmon profond de la région sus-hyoïdienne, ayant eu pour point de départ la dent de sagesse. — En présence de la suffocation imminente, M. Weiss pratiqua la trachéo-

tomie. Le lendemain ouverture du phlegmon avec le thermo-cautère; amélioration sensible; enlèvement de la canule le cinquième jour. Quelques jours après, on put enlever la dent de sagesse et tout rentra dans l'ordre.

M. Després ayant vu deux cas analogues où il s'agissait d'un abcès sous-périostique de la branche montante du maxillaire inférieur, croit que dans la circonstance présente, M. Weiss eût dû, comme il l'avait fait, pratiquer une incision sur cette branche montante. Avant de recourir à l'opération qu'il a faite, M. Weiss eût dû, suivant l'opinion de M. Magitot chercher à attaquer la dent de sagesse au moyen de la *langue de carpe* dont l'application peut se faire pendant la rétraction absolue des mâchoires. De plus, il est toujours possible, sous le chloroforme, d'obtenir un écartement suffisant pour permettre l'accès des instruments jusqu'à la dent de sagesse et c'est là le mode d'intervention qu'eût dû préférer M. Weiss (*Société de chirurgie*, séance du 26 janv. 1887; *Gaz. des Hôp.*, n° 13, 29 janv. 1887).

M. NATIER.

Note sur l'emploi de la cocaïne dans les staphylorraphies partielles, par M. J. EHLMANN, de Mulhouse.

Les nombreuses difficultés que l'on rencontre dans la staphylorraphie, que les patients soient soumis au sommeil chloroformique, qu'ils soient à l'état de veille, seraient, d'après M. Ehrmann, avantageusement combattues par l'emploi local de la cocaïne. Il se sert d'un badigeonnage d'une solution au dixième de cet alcaloïde qu'il applique peu d'instants avant l'opération et qu'il renouvelle deux ou trois fois. L'arrière-gorge est alors suffisamment insensibilisée pour permettre l'avivement et la suture avec une douleur supportable.

Le premier sujet qui donna à Ehrmann l'occasion d'expérimenter la cocaïne dans la staphylorraphie, était porteur " d'une fissure palatine congénitale partant de l'arcade dentaire. Deux tentatives précédentes avaient provoqué des vomissements chloroformiques dont avait beaucoup souffert le malade: alors fut employée la cocaïne, et l'opération, qui dura

vingt minutes, put être, sans douleur, menée à bonne fin. Le même résultat fut obtenu dans trois autres cas de staphylo-
lorraphie.

M. Ehrmann conclut en disant que l'effet analgésique déterminé par la solution de cocaïne sur le voile du palais est suffisant dans les staphylo-
lorraphies partielles, mais ne saurait jamais suppléer le chloroforme dans la staphylo-
lorraphie complète (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 12, 1^{er} déc. 1886).

M. NATIER.

Angine parenchymateuse chronique. — Traitement par le thermo-cautère. — Guérison (*Angina parenchymatosa cronica. — Tratamiento con el termo-cauterio. — Curacion*), par el Dr TOMA VALERA Y GIMENEZ.

Après des attouchements répétés et inefficaces de teinture d'iode, l'auteur a pratiqué quelques cautérisations au fer rouge qui ont amené la guérison sans aucune complication. Le sujet était un enfant de neuf ans. J. L.

Un cas d'amygdalite aiguë chez un malade atteint de syphilis tertiaire du pharynx (*On a case of acute tonsillitis in a subject of tertiary syphilis of the pharynx*), par le Dr H.-W.-G. MACKENSIE.

Quand il existe des adhérences entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, une inflammation aiguë survenant chez le malade peut donner au fond de la gorge un aspect anormal et rendre dans ce cas le diagnostic difficile. L'observation suivante, prise dans le service du Dr Semon, au Saint-Thomas' Hospital, nous en fournit un exemple.

E. O'D..., âgé de quarante-trois ans, se plaint de douleurs à la gorge ayant déterminé une grande gêne à la déglutition; il éprouve aussi un malaise général et la difficulté qu'il a à ouvrir convenablement la bouche ne permet de voir la gorge que d'une manière imparfaite. Celle-ci présente un aspect extraordinaire. Tout le côté gauche et une grande partie du côté droit sont le siège d'un gonflement considérable. Il ne reste qu'un léger passage à droite pour l'air et pour les aliments. A la partie supérieure du côté gauche, dirigé à droite vers la ligne médiane, on constate la présence d'un

petit corps œdématié analogue par sa situation à la luette. Cette petite masse arrondie a le volume d'un pois, elle paraît suspendue par un court pédicule, elle n'est pas fluctuante mais douloureuse au toucher. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le malade a autrefois (vers l'âge de vingt-cinq ans) souffert de mal de gorge. En présence de cet aspect extraordinaire, le Dr Semon laisse en suspens le diagnostic (Amygdalite aiguë, syphilis, affection maligne). On prescrit au malade de l'iodure de potassium, du gaiac en pastilles à prendre à la dose de 10 centigrammes toutes les deux heures et un purgatif salin.

Quelques jours après, le malade revient et on a l'explication de l'aspect étrange révélé par l'examen. Le gonflement a disparu, mais il existe des adhérences anciennes du voile du palais à la paroi postérieure (syphilis) sauf sur un étroit espace à droite. Cette sténose pharyngée s'était compliquée d'une amygdalite aiguë. La tuméfaction signalée plus haut à gauche et presque sur la ligne médiane était due à la situation anormale de l'amygdale (*The Lancet*, 20 oct. 1886).

D^r J. CHARAZAC.

Corps étrangers du pharynx, par le Dr LECERF.

Il s'agit dans cette observation d'un individu de vingt-trois ans, qui, dans une querelle, reçut un coup de poing sur la bouche, alors qu'il avait entre les dents une pipe en terre très dure. La pipe fut brisée, et les fragments projetés en divers sens. Léger saignement de nez, douleur dans le fond de la bouche. Le lendemain, un médecin appelé, prescrit un gargarisme contre ce qu'il croyait être un mal de gorge; le surlendemain, un second médecin fait appliquer à l'angle inférieur de la mâchoire des sangsues qui n'amènent aucun soulagement. Le troisième jour, M. Lecerf qui voit le malade, le trouve très abattu et ne pouvant plus parler; il apprend cependant qu'il était horriblement incommodé par l'odeur persistante du jus de tabac.

L'examen externe et interne ne fournit que des renseignements négatifs. L'exploration digitale permet de constater devant de l'amygdale gauche l'existence d'un corps dur;

l'odeur du tabac laisse supposer qu'il s'agit d'un fragment de pipe. Une incision est faite à ce niveau et avec la pince à verrou de sa trousse, M. Lecerf extrait un morceau de tuyau de pipe long de 12 millimètres.

Immédiatement disparurent tous les phénomènes inflammatoires et cinq jours après l'individu pouvait reprendre son travail.

M. Lecerf insiste spécialement sur l'odeur du jus de tabac, qui, pour lui, fut un signe presque manifeste de l'existence d'un morceau de pipe dans la gorge (*Bulletin médical du Nord*, n° 10, oct. 1886).

M. NATIER.

VARIA.

Tubage du larynx pour remplacer la trachéotomie, avec relation de 83 cas (*Intubation of the larynx as a substitute for tracheotomy with a report of 83 cases*), par le Dr F. E. WAXHAM.

Le Dr Waxham a recueilli 306 cas de croup avec trachéotomie. Le nombre des guérisons a été de 58, soit une proportion de 48,95. Il oppose à cette statistique un exemple de 83 cas dans lesquels les malades ont été traités par le tubage du larynx suivant la méthode de O'Dwyer, il a obtenu 23 guérisons, soit une proportion de 27,71 (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 17 juillet 1886).

Dr B. D.

Du vinaigre combiné à l'acide phénique dans le traitement de la diphtérie, par le Dr FREYDIER-DURREUIL (de Cassel).

Sur 37 malades atteints de diphtérie et qu'il a soignés, l'auteur en a soumis 32 au traitement suivant :

Pour *gargarisme* toutes les heures et *inspirations* par le nez :

Vinaigre de via.....	} de chaque, un tiers en poids. et par chaque 400 gr., addition de 0,50 à 4 gr. d'acide phén. cristallisé.
Eau.....	
Miel ou glycérine.....	

Pour usage interne. — Oxymel simple, additionné de 0,10 à 0,50 d'acide phénique par 100 grammes. Une cuillerée à café par heure.

Les conclusions de l'auteur sont :

1° Que l'acide acétique est dans le traitement de la diphtérie.

térie un agent de valeur et sur lequel on peut fonder un espoir sérieux;

2° Que pour obtenir de bons résultats, il faut que le traitement soit complet, c'est-à-dire que le topique doit être appliqué simultanément sur toutes les parties atteintes et dans la forme convenable;

3° Que le médecin doit, dès son arrivée, et lui-même, pratiquer le badigeonnage avec de fortes solutions d'acide acétique cristallisable à moitié ou au tiers;

4° Que dans tous les cas il y aurait bénéfice à entretenir dans la chambre occupée par les diphtéritiques une atmosphère acétique ou acéto-phéniquée à saturation moyenne et facilement respirable (*Courrier méd.*, 27 nov. 1886).

M. NATIER.

Traitement de l'angine diphtérique, par le perchlorure et l'oxychlorure de fer magnétique, par le Dr Emile LAURENT.

Le Dr Laurent, après avoir rappelé les usages en thérapeutique du perchlorure de fer depuis 1725, époque où il était connu sous le nom de *teinture de Bestuchef*, signale Aubrun comme l'ayant employé le premier en 1860, contre la diphtérie. Les résultats qu'il obtint, en l'administrant à l'intérieur à la dose quotidienne de 4 à 5 gouttes, sont tellement brillants qu'il est permis de les croire exagérés, surtout après le contrôle négatif de Bergeron, Cadet de Gassicourt, Jules Simon, etc.

Tout en regrettant que l'existence prouvée d'un microbe pathogène de la diphtérie ne puisse permettre de lui opposer un traitement spécifique, l'auteur n'admet cependant pas qu'on reste inactif devant une aussi terrible maladie. On intervient d'ordinaire de deux façons : 1° ou en dissolvant la fausse membrane; 2° ou en la coagulant. Or, le perchlorure de fer est un excellent coagulant; seule la douleur qu'il provoque et la coloration noire qu'il détermine ont pu en faire interdire l'emploi. Ce sont là les deux *desiderata* qu'il va forcer de combler. Il espère avoir atteint son but par la réparation d'un corps qui serait composé d'un *perchlorure*

et d'un *oxychlorure de fer magnétisé* enfermant de l'eau oxygénée, du *protoxyde* et du *bioxyde d'azote*. Il aurait une action moins acide et par suite moins douloureuse que celle du perchlorure.

Les attouchements provoquent une douleur très légère, suivie d'anesthésie locale. Le premier doit être fait avec le liquide pur, qui ensuite sera étendu d'eau : on en fera au moins deux par jour; comme résultat, on obtiendra une coagulation de la fausse membrane (*Thèse Paris, 1886*). M. N.

De la diphtérie larvée, par le Dr Jules SIMON.

Il s'agit d'une petite fille de sept ans et demi, entrée à l'hôpital avec un peu de pharyngite et un léger degré de laryngite par propagation. On fut frappé au début de l'intensité de la toux laryngée, de l'enrouement et enfin de l'extinction de voix qui survint ensuite. Malgré ces symptômes, il s'agit selon toute apparence d'une pharyngite et d'une laryngite plus ou moins intenses, car il n'existe ni retentissement ganglionnaire, ni manifestations diphtéritiques. Mais, dans la laryngite intense, il existe de la douleur, de l'insomnie, des accès de suffocation; de plus, cette laryngite est presque toujours une affection secondaire; or, dans le cas particulier, le tableau n'offre rien de semblable, c'est pourquoi M. Jules Simon incline plutôt vers une imprégnation diphtéritique.

Ces faits sont très importants, et c'est pour avoir faussement cru se trouver en présence d'une simple laryngite intense, qu'un confrère distingué eut un jour la malencontreuse idée d'appliquer sur le cou de son jeune malade un vésicatoire qui donna lieu à une poussée de diphtérie qui se termina par la mort.

La diphtérie, dans ses formes larvées, est très difficile à reconnaître, aussi quand il y aura lieu de la suspecter devra-t-on, avec le plus grand soin, s'abstenir de vésicatoires, de sangsues de mercure ou d'opium (*Praticien*, n° 52, 27 décembre 1886). M. N.

Thérapeutique médicale. — La diphthérie.

La diphthérie a eu de tout temps le privilège de susciter de nombreux traitements. Le *Moniteur thérapeutique* indique quelques procédés qui lui ont été fournis par ses correspondants et dont voici le résumé succinct :

1° Le Dr Michou, député de l'Aube, croit que ce n'est pas à la fausse membrane qui n'est que le dépôt, en tel ou tel endroit, du produit de la maladie, mais bien à l'état général qu'il faut s'adresser ;

2° Le Dr Cocheteux a traité avec un succès complet, et au moyen de cautérisations avec du nitrate acide de mercure, pendant les deux premiers jours, puis avec du jus de citron pendant le reste du temps, sept enfants manifestement atteints de diphthérie ;

3° Puis vient le Dr Pombourcq qui préconise le sulfure de calcium associé à la digitaline. Celle-ci lui paraît très bien supportée par les *organismes malades et fébricitants*. Il faudrait cependant se défier de cette tolérance qui pourrait bien n'être due qu'au manque d'absorption ;

4° Enfin, le Dr Couëtoux estime que dans le traitement de la diphthérie, les vaporisations antiseptiques doivent être considérées comme une médication très précieuse et très rationnelle. Mais l'antisepsie, pour être tout à fait efficace, sera accompagnée d'un isolement *convenable et complet* ;

5° Le Dr Brondel, qui sur 200 cas aurait obtenu 200 guérisons, soumet d'abord ses malades à une antisepsie rigoureuse et leur administre, comme médicament curatif, le benzoate de soude, auquel il a, depuis trois ans, ajouté le sulfure de calcium.

Pour terminer, il faut citer le peroxyde d'hydrogène recommandé par Hofmolk ; le vinaigre pur employé comme antiseptique en badigeonnages et en gargarismes par Engelmann et enfin, la cautérisation ignée recommandée par Ibaüm et qui doit être absolument déconseillée.

Inutile d'ajouter que, dans les mains de leur auteur, ces différentes médications ne comptent guère que des succès (*Moniteur thérapeut.*, n° 12, 6 déc. 1886). M. NATIER.

De la valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique dans la tuberculose pulmonaire, par les D^r SPILLMANN et P. PARISOT.

Avant d'entrer dans l'exposition des résultats thérapeutiques qu'ils ont obtenus, ces deux auteurs se posent deux questions importantes :

1^o A la suite d'une injection de quatre litres de gaz environ, jusqu'à quelle hauteur remonte la distension intestinale? Ils ont pu, sur le cadavre, constater que seul, dans ce cas, le gros intestin se dilatait; aussi pensent-ils que ces injections pourraient être utilement appliquées quand il s'agit de déterminer la position du gros intestin. Avec des injections d'un volume supérieur à quatre litres, il se produit des éraillures de la paroi intestinale, peut-être même pourrait-on avoir, chez des sujets déjà affaiblis, une parésie du gros intestin.

2^o Quelle quantité d'hydrogène sulfuré déplacent et entraînent quatre litres de gaz carbonique, après avoir borbotté dans un flacon contenant une eau minérale artificielle? Il résulte d'expériences faites à la Faculté de Nancy, que cette quantité est excessivement minime et que la lenteur de passage de l'acide carbonique a une influence sur la quantité de H² S dégagée.

Comme conclusion, la méthode du D^r Bergeon serait impuissante à prévenir les poussées tuberculeuses; bien plus, elle est incapable d'arrêter l'évolution de la phtisie. Les sueurs ne semblent pas avoir été influencées par la médication. Pas d'abaissement de la température.

L'appétit n'est pas modifié; mais on peut avoir avec cette médication des troubles intestinaux heureusement passagers, et de plus, par suite du ballonnement du ventre, on a des dérangements dans l'heure des repas, et un séjour prolongé au lit est nécessaire. Le poids est sensiblement demeuré le même, l'état général reste ici comme dans les autres médications, sous l'influence de l'évolution tuberculeuse. Le sommeil est calme, réparateur et serait dû, d'après les auteurs, à l'action de l'acide carbonique seul.

En fin de compte, MM. Spillmann et Parisot en arrivaient à

conclure que la médication gazeuse rectale est palliative et non curative (*Journal des Conn. méd.*, du 27 janvier 1887, n° 4).

M. NATIER.

Des injections rectales gazeuses. Modifications,
par le Dr HAMON du FOUGERAY.

C'est après avoir constaté, dans l'appareil de Morel, trois défauts principales, que l'auteur a essayé d'y apporter les modifications suivantes :

Fabrication du gaz CO². Un vulgaire siphon d'eau de seltz, remplace l'élégant mais fragile vase en verre du Dr Morel. M. du Fougerey indique la façon de s'en servir.

Fragilité de certaines pièces de l'appareil. A lui seul, le siphon joue le rôle du vase et de l'entonnoir de M. Morel; son tube droit en verre est remplacé par un tube en V en verre vert et clissé.

Ces réductions des pièces de l'appareil entraînent, à leur suite, une réduction dans le prix, ce qui le rend plus abordable (*Gaz. des Hôpitaux*, 27 novembre 1886). M. N.

Rhigolène, par le Dr JARVIS.

Le Dr Jarvis, d'après une expérience datant déjà de trois années, dit que dans bien des opérations pratiquées dans les fosses nasales, le Rhigolène est un anesthésique bien meilleur et plus puissant que la cocaïne (*East. Med. Journ. and The Med. Rec.*, 29 janvier 1887).

Huit observations de croup traité par le tubage du larynx
(*Report of eight cases of intubation of the larynx for croup*), par le Dr WILLIAM P. NORTHRUP.

L'auteur rapporte huit cas de croup traité par la méthode de O'Dwyer. Sur ces huit cas, on compte cinq morts et trois guérisons. Tous les malades qui ont guéri présentaient des fausses membranes dans le pharynx; tous étaient sur le point asphyxier du fait de la sténose laryngée et présentaient des symptômes suivants : insomnie, abattement, absence de urme vésiculaire et albuminurie.

La mort chez les cinq autres est due aux causes suivantes : deux fois, extension de l'exsudat diphtérique aux dernières ramifications bronchiques, la mort survint avant que la pneumonie fût développée; une fois pneumonie bien marquée; une fois défaillance subite du cœur; une fois diphtérie maligne. (*N.-Y. Med. Journ.*, 18 septembre 1886.)

D^r J. CH.

Conclusions sur la statistique de la bactériologie et l'hygiène publique et privée dans la diphtérie (*Conclusioni sulla statistica, sulla bacteriologia e sull'igiene pubblica e privata della diphtheria*), par le D^r COZZOLINO.

Ce travail renferme les conclusions d'un ouvrage de l'auteur sur ce sujet. Il fait remarquer que la diphtérie, tant en Italie que dans le reste de l'Europe, a fait beaucoup de progrès dans ces dernières années; il attribue ce fait au manque absolu d'hygiène dans la diphtérie. Au point de vue économique, les dépenses faites pour améliorer l'hygiène sont une économie.

L'auteur indique les mesures hygiéniques qui devraient être prises pour empêcher le développement du virus diphtéritique. Le virus se transmet de l'animal à l'homme; aussi, devrait-on organiser une inspection sévère des volatiles domestiques à leur introduction dans une ville, rechercher les foyers d'épizootie diphtéritique et les détruire, prohiber la vente des animaux malades. Il termine ces conclusions par les règles qui doivent guider dans l'hygiène privée et publique de la diphtérie (*Giacomo Favari, Piacenza, 1886*).

D^r J. CH.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Atkinson.** — Notes sur les causes et le traitement de quelques maladies des amygdales (*Practit.*, janv., analys. in *Journ. of Laryng.*, n° 3, 1887).
- Baber (Creswell).** — Vaisseaux pulsatiles sur la paroi postérieure du pharynx (*Brighton Med. Ch. Soc. in Brit. Med. J.*, 19 mars 1887, p. 626).
- Batten (J.-M.).** — Observation de gangrène de la bouche (Correspondance du *Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 12 février 1887, p. 195).
- Berruega.** — Traitement de l'hypertrophie des amygdales (*El Dictamen*, 10 février 1887, p. 62).
- Brown.** — De l'amygdalite des adolescents (*Med. News Philadelphia*, 8 janvier 1887).
- Bruneau.** — Des ulcérations tuberculeuses de la bouche (*Thèse Paris*, 21 mars 1887).
- Cardone.** — Deux cas d'adhérence du voile du palais au pharynx (*Rivista Clinic. di Univers. de Nap.*, an. VIII, n° 2, février 1887).
- Castex.** — Epithélioma de la langue, type hypertrophiant (*France méd.*, 19 février 1887, n° 22).
- Chabrol.** — De l'angine dite de Ludwig (*Thèse Paris*, 1887, n° 98).
- Chiari (O.).** — De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des maladies du pharynx, du larynx et des fosses nasales (*Wien. Med. Wochenschr.*, nos 7, 8, 9, 1887).
- Clutton.** — Abcès rétro-pharyngien (*Pathol. Soc. of. London, Brit. Med. Journ.*, 19 févr. 1887, p. 395).
- Cohen (Solis).** — Une série de trois fausses membranes des amygdales et des piliers, venant d'un cas de diphtérie (*Philad-elphia County Med. Soc., in Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 29 janvier 1887).
- Colrat.** — Angines scarlatineuses (*Soc. des Sc. Méd. de Lyon, in Lyon Méd.*, 17 oct. 1886).
- Destrée.** — Sur la physiologie de la déglutition et du cardia et sur les données de l'auscultation de cet orifice stomacal (*Soc. roy. des Sc. Méd. et Nat. de Bruxelles*, 6 déc. 1886, in *Journ. de Méd. Chir. et Ph.* de Bruxelles, 5 janv. 1887, n° 1).
- Dezac-Derecq.** — De l'épithélioma primitif de l'amygdale (*Th. de Paris*, 1887).
- Downie Walker.** — De l'incision dans l'amygdalite (*Brit. Med. Journ.*, 26 fév. 1887).
- Dudon (D.).** — Sur un point de la technique des opérations pratiquées sur le palais (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, de Paris 1887, n° 1, p. 48).
- Fabbri.** — Sur une altération spéciale du goût traitée par le siphon de Faucher (*Gazz. degli osp.*, nos 17, 27, févr. 1887).
- Farlow.** — Cinq cas d'artères volumineuses visibles à l'œil nu et pulsatiles de la paroi postérieure du pharynx avec remarques (*Annal. des malad. de l'or.*, etc., n° 2, 1887).
- ucon.** — Epithélioma de langue consécutif à un psoriasis lingual, amputé au moyen du thermo-cautère et de l'écraseur linéaire combinés (*Journ. des Sc. méd.* de Lille, 23 fév. 1887).
- leury.** — De la contagiosité de l'angine (*Loire méd.*, 15 janv. 1887).
- rancis.** — Macroglossie (*Cambridge, Med. Soc., The Lancet*, 12 mars 1887).

- Gallozzi.** — Retrecissement de la bouche, dilatation d'après la méthode de Langenbeck (*Riforma Med.*, an. III, n° 43, Naples, févr. 1887).
- Gilbart Smith.** — Condition anormale du pharynx (*Med. Soc. of London*, 24 janv., compte rendu in *Brit. Med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- Gill (Mc.).** — Epithélioma de la langue (*Leeds and W. Ridding Med. Chir. Soc.*, in *Brit. Med. Journ.*, 26 fév. 1887, p. 459).
- Godlee.** — Adénosarcome de la langue avec un noyau calcifié au centre (*Pathol. Soc. of London*, in *The Lancet*, 12 mars 1887).
- Hitchcock (U.).** — Infiltration gommeuse de la langue (*The N.-Y. Med. Journ.*, 5 fév. 1887).
- Hoffd (A.).** La mortalité chez les opérés de bec-de-lièvre et de fissure du voile du palais (*Arch. f. Klin. Chir.*, XXXIII, 3, p. 548, 1886, *Schmidt's Jassb.*, n° 2, 1887, s. 173).
- Huchard.** — Traitement des angines névralgiques ou névralgies de l'isthme du gosier (*Revue génér. de Cliniq. et de Thérap.*, 17 févr., 1887).
- Huysmann.** — Absès rétro-pharyngiens idiopathiques (*Weekblad Van Het Nederland Tydsch.*, n° 51 1886).
- Jeset.** — Des cancers de la bouche, de la langue et du conduit alimentaire. Leur pathologie, symptômes, diagnostic et traitement (Churchill, édit., Londres 1887).
- Lange.** — Cancer de la langue (*N.-Y. surg. Soc. in the N.-Y. Med. Journ.*, 29 janvier 1887).
- Lebrun.** — Contribution à la thérapeutique des amygdalites aiguës (*La Clinique*, 13 janv. 1887).
- Lecerf.** — Atrésie accidentelle de l'orifice buccal. Cheiloplastie (*Bullet. Méd. du Nord*, n° 12, déc. 1886).
- Lennox Browne.** — Tuberculose du pharynx (*Med. Soc. of London*, 28 févr. in *Brit. Med. Journ.*, 5 mars 1887).
- Maclean.** — De l'incision dans l'amygdalite (*The Brit. Med. Journ.*, 5 févr. 1887).
- Malherbe.** — Tumeur épithéliale récidivée de la langue (*Soc. Anat. de Nantes*, in *Gaz. Méd. de Nantes*, 9 mars 1887).
- Mollière.** — Note sur la chirurgie des voies salivaires (*Lyon Méd.*, n° 2, 1887, p. 39).
- Moretti.** — Affection spéciale de la lèvre inférieure, etc. (Milan, Vallardi, édit., 1886).
- Morot.** — Fissure complète de la voûte palatine et absence du voile du palais chez deux jeunes veaux (*Journ. des Conn. méd.*, 24 févr. 1887).
- Newman (R.).** — Tumeur du palais (*N.-Y. Pathol. Soc. in Philad. Med. Times*, 8 janv. 1887).
- Nicol.** — Volubilité de la langue (*Deutsche Med.*, Ztg., n° 11, 7 févr. 1887).
- Nykamp.** — Pharyngo-mycosis leptothrix (*Nederland Tydsch.*, 1886, p. 406, analys. in *Journ. of Laryng.*, n° 2, p. 61).
- Page.** — Epithélioma du voile du palais (*The Lancet*, 12 mars 1887).
- Poisson.** — Epithélioma du plancher de la bouche, de la lèvre et de la joue (*Soc. Anatom. de Nantes*, 12 janv. et *Gaz. Méd. de Nantes*, 3 fév. 1887).
- Poncet.** — Ulcération tuberculeuse de la langue (*Lyon Méd.*, 26 déc. 1886, p. 561).
- Postempski.** — Ligature de la carotide primitive gauche pour une ulcération de la carotide interne due à un abcès tonsillaire (*Gazz. med. di Roma*, 15 févr. 1887).

- Pravaz.** — Dilatation intermittente du canal de Warthon (*Soc. de méd. de Lyon*, séance du 13 déc. 1886, in *Lyon méd.*, n° 2: 1887, p. 56).
- Redier.** — De l'occlusion aiguë des mâchoires (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 25 févr. 1887).
- Robin.** — Lumbago chronique d'origine rhumatismale, érysipèle de la face avec poussée herpétique, péricardite aiguë, angine herpétique (*Gaz. méd. de Paris*, 29 janv. 1887).
- Rosa Vittorio.** — Un muscle surnuméraire de la région pharyngienne de l'âne (*La Rassegna di Sc. Med.* Modène, mars 1887).
- Santvoord (Van).** — Affection tuberculeuse du pharynx (*N.-Y. Pathol. Soc.*, in *Philadelphia Med. Times*, 5 mars 1887).
- Salzer.** — Un cas d'ulcération tuberculeuse (*Gesellsch. der Aerzte in Wien*, séance du 18 fév. 1887).
- Schiff.** — Les nerfs gustatifs (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, janv. 1887, *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 14 fév. 1887).
- Schramm (J.).** — Traitement à la sialorrhée liée à la grossesse (*Schmidt's Jafrb.*, n° 2 1887, s. 163).
- Schuster (Heinrich).** — Un cas de calcul salivaire dans le canal de Warthon (*Schmidt's Jafrb.*, n° 2, 1887, s. 172).
- Simon (J.).** — Diagnostic différentiel du muguet de l'angine pultacée de la scarlatine et de la diphtérie (*Gaz. des Hôp.*, 8 mars 1887).
- Trossat.** — De la nécessité de l'examen de la bouche avant l'anesthésie (*Lyon méd.*, 16 janv. 1887).
- Weiss.** — Un abcès sous-lingual consécutif à la carie d'une dent de sagesse (*Bull. et Mém. de la Soc. de Ch.*, de Paris, 1887, n° 1, p. 52).
- Weiss.** — Carie de la dent de sagesse; ostéo-périostite du maxillaire inférieur; phlegmon de la région sous-hyoïdienne (*Gaz. des Hôp.*, 29 janv. 1887).
- Wendell (Ph.).** — Contribution à l'étude des maladies de la luette (*The Med. Rec.*, 12 mars 1887).

Nez et Pharynx nasal.

- Baber (Cresswell).** — Rhinolite (*Brighton Med. Ch. Soc.*, in *Brit. Med. Journ.*, p. 626, n° 9, mars 1887).
- Baumgarten.** — L'épistaxis et son traitement au point de vue rhino-chirurgical (Vienne, 1886, chez Toeplitz et Deutscher).
- Bayer.** — De la transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes (*Revue mens. de lar. etc.*, n° 1, janv. 1887 et *Deutsche Med. Wochenschr.* n° 9, 3 mars 1887).
- Boerne-Bettman.** — Rapports entre les maladies des yeux et du nez (Chicago, *Med. Soc.*, 17 janv., *Journ. of Americ. med. Assoc.*, 19 fév. 1887).
- Bosworth.** — Difformités de la cloison du nez; nouvelle opération pour les corriger avec cent cas à l'appui, etc. (*The Med. Rec.*, 15 et 29 janv. 1887).
- Bresgen (M.).** — De l'origine, de l'importance et du traitement des déviations et des épaississements calleux de la cloison (*Wien. Med. Presse*, nos 7 et 8, 1887).
- de (M.).** — Cours sur les névroses réflexes d'origine nasale et naso-pharyngienne (*Brit. Med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- mettes et Chatelier.** — Fibrome-sarcome de la cloison des fosses nasales; opération, guérison, examen histologique (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 3, mars 1887).

- Cantani.** — Un cas d'érysipèle et de rhinite scrofuleuse (*Bollet. dell. Clin.*, n° 2, fév. 1887).
- Charazac.** — Traitement de l'ozène (*Formul. mens. de Thérap.*, n° 2, fév. 1887).
- Chaveriat.** — Considérations sur l'ozène, son traitement par les tubes en caoutchouc (*Thèse Montpellier*, 1886).
- Clay (A.).** — Un cas de rhinolithé (*Brit. Med. Journ.*, 12 fév. 1887).
- Cohen** (Salomon Solis). — Un cas d'éternuement hystérique, apparemment guéri par des applications intra-nasales de courants continus (*The N.-Y. Med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- Cozzolino (V.).** — Deux tumeurs très rares de la cavité naso-pharyngienne. Un fibrome mollusque des arrières-narines et un papillome de la cavité nasale droite (*Rivista Clin. e Therap.*, n° 2, fév. 1887).
- Dosing (R.).** — De la rhinoplastie (Wurzburg, 1886, chez Becker, p. 37, in-8°).
- Dussausd.** — De l'asthme d'origine nasale (*Thèse Paris*, 24 mars 1887).
- Edwin.** — Etiologie et traitement de l'asthme (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 janv. 1887).
- Gonzalez (D.).** — L'acide salicylique dans le coryza diphtéritique (*Ann. de Otol. y Lar.*, n° 12, 1886).
- Hardaway.** — Inflammation des follicules pileux situés dans le nez (*Journ. Cut. and Vener. dis. N.-York*, 1886, t. IV, p. 360).
- Hull.** — Un cas de polypes multiples occasionnant de l'asthme (Hay et rose fever) Amélioration notable après l'ablation de quarante-six polypes (*Alabama Med. and Surg. Journ.* Birmingham, 1886, I, p. 384).
- Jatskinski.** — Tumeur de la cavité pharyngienne (*Chir. Vestnik.*, Saint-Petersbourg, 1886, II, p. 625).
- Jurasz (A.).** — Du tubage du sinus frontal (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 3, 1887).
- Knickerbocker.** — Traitement du coryza aigu (*The Americ. Lancet*, février 1887).
- Krieg.** — Résection du cartilage quadrangulaire de la cloison du nez pour guérir la déviation (Wurtemb. Corr. Bl. LVI, 26, 1886, in *Schmidt's Jafrb.*, n° 2, 1887, s. 174).
- Lange (V.).** — Remarques sur l'opération des polypes des choannes, description d'un nouveau mode d'opération (*Agensk. f. Laryng.*, 1^{er} janv. 1887).
- Lartigue.** — Le tamponnement des fosses nasales (*Le Courrier méd.*, 5 fév. 1887, n° 6).
- Lazarus.** — Du traitement de l'asthme (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 7, 1887).
- Luc.** — Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales (*Soc. de méd. de Paris.*, 27 nov. 1886 et *France méd.*, 12 fév. 1887).
- Mackenzie** (John-V.). — Contribution à la pathologie et au traitement des névroses vaso-motrices respiratoires (*The N.-Y. Med. Journ.* 26 fév. 1887).
- Martin.** — Note sur le traitement de l'épistaxis (*Soc. méd. prat. Paris*, 1 *Union méd.*, p. 399, 10 mars 1887).
- Mathiesen (C.).** — Un cas de sécrétion aqueuse très abondante du nez après une chute sur la tête (*Schmidt's Jafrb.*, n° 2, 1887, s. 471).

- Moldenhauer.** — Maladies des fosses nasales, des cavités avoisinantes, du naso-pharynx, etc. (Leipzig, 1886, F. G. W. Vogel C°. 8, VIII u. 498, S.).
- Mollière.** — Note sur un cas de polype naso-pharyngien (*Lyon méd.*, 23 janvier 1887).
- Menocal.** — Fibrome naso-pharyngien (*Revista de med. y cir. pract.*, décembre 1886).
- Morgan** (Caroll.). — Polype du nez (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 22 janvier 1887, p. 104).
- Nichols.** — Catarrhe nasal désigné encore sous le nom de catarrhe naso-pharyngien, catarrhe rétro-nasal, etc. (*Cincinnati med. news*, 1886, t. XV, p. 736).
- Polaillon.** — Restauration de la voûte palatine et du nez (*Soc. de chir. de Paris*, 9 mars 1887).
- Ray-Morrison.** — Inflammation intra-nasale; rhinite (*The Americ. Pract. and news*, 5^e fév. 1887, p. 74).
- Richardson.** — Accès d'épilepsie occasionnés par un polype du nez (*Asclepiad Journ.*, 1887).
- Richey.** — De la prophylaxie dans le coryza sympathique (Chicago, *Med. Journ. and Exam.* 1886, n° 6, p. 42).
- Routier.** — Sarcome des fosses nasales (*Rev. de chir.*, 10 janv. 1887).
- Raaf.** — Contribution à l'étude du traitement de l'asthme par le badigeonnage de la muqueuse nasale (*Centralbl. f. Klin. med.*, janv. 1887).
- R.-H.-S.** — La bourse pharyngienne dans le catarrhe rétro-nasal (Revue analytique, *The Journ. of laryngol.*, etc., n° 2, 1887).
- Sands.** — Polype naso-pharyngien (N.-Y. *Med. Journ.*, 22 janv. 1887, p. 102).
- Schlemmer.** — Des théories pathogéniques dans l'asthme (*Union méd.*, 27 janv. 3, 12, 19, 22, 24 fév. 1887).
- Seifert.** — Sur le myxo-fibrome des choannes (*Ans den Sitzunber der Wurzburger phys. med. Gesellsch. sitz. v.*, 12 fév. 1887).
- Schlescher.** — Remarques sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles; étude empruntée à nos registres de malades, oct. 1884 jusqu'à avril 1886. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1886, p. 493-537).
- Schötz.** — Un cas d'occlusion complète des deux orifices postérieurs des fosses nasales (*Viertel f. innere Medizin. in Berlin*, séance du 21 fév., in *Deutsche Med. Ztg.*, n° 18, 2 mars 1887).
- Stucky.** — Corps étranger de la cavité nasale, extraction (*The Amer. pract. and news*, 5 mars 1887, n° 31).
- Starkey.** — Quelques modifications au traitement des sténoses des fosses nasales (Chicago, *Med. soc.*, 17 janv. et *Journ. of Amer. Assoc.*, 19 février 1887).
- Thémoïn.** — Des divers procédés d'extraction des corps étrangers des fosses nasales (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, fév. 1887).
- Thudicum.** — De la nature et du traitement des hypertrophies et tumeurs de la cavité nasale et pharyngienne (W. *London med. chir. soc.*, in *Brit. Med. Journ.*, 26 fév. 1887, p. 459).
- neuil.** — Papillome de la fosse nasale droite, résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire, récidives et opérations multiples, résultats complets (*Bullet. et mém. Soc. de chirurg. de Paris*, 1886, p. 658).

Verneuil. — Epithélioma du sinus maxillaire propagé à la pituitaire, ablation, etc. (*Soc. de chir. de Paris*, 1886, p. 661).

Vallas. — Polypes muqueux des fosses nasales (*Soc. des sc. méd. de Lyon, in Lyon méd.*, 30 mai 1886, n° 22).

Weir. — Blessures du nez. — Tumeur osseuse du nez (*N.-Y. pathol. soc., in Med. News*, 5 mars 1887).

X... — L'odorat chez les femmes (*Revue scientifique et Journ. des sc. méd. de Lille*, 18 fév. 1887).

Zuckerkindl. — Du centre olfactif (Etude d'anatomie comparée) (Stuttgart, 1887, chez F. Enke).

Larynx et Trachée.

Abbe. — Note sur l'oblitération d'une large fistule laryngienne à l'aide d'une opération (*N.-Y. Med. Journ.*, 22 jan. 1887, p. 401).

Amadei. — Mutisme hystérique traité par suggestion, guérison (*Gazz. degli, Ospit.*, n° 42, Milan, 1887).

Annandale. — De la trachéotomie préliminaire (*Med. Chir. Soc. of London, in Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1887).

Ariza. — Papillome laryngien telangiectasique volumineux; extraction, guérison (*Rev. de laring., ot., etc.*, n° 8, fév. 1887).

Ariza (R.). — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire (*Ann. de otol. y lar.*, n° 12, 1886).

Ariza. — Valeur thérapeutique de la trachéotomie (*El Siglo medico*, 6 février 1887).

Baratoux. — De l'éclairage en laryngoscopie et otoscopie (*La Pratique méd.*, 15 mars 1887).

Bouchut. — Tubage du larynx dans les rétrécissements de cet organe (*Paris méd.* 5 fév. 1887).

Bouchut. — Le tubage du larynx substitué à la trachéotomie (*Paris méd.*, 29 janv. 1887).

O'Brian. — Laryngo-trachéotomie pour l'extraction d'une graine de melon; les voies aériennes d'un enfant de douze mois (*Tr. Texas med. Ass. Americ.*, 1886, p. 230).

Buckmaster. — Un cas de laryngite sous-muqueuse traitée par l'eau chaude (*N.-Y. med. Journ.*, 22 janv. 1887).

Cadet de Cassicourt. — Un cas d'emphysème consécutif à une laryngite striduleuse (*Revue mens. des mal. de l'Enf.*, 1^{er} fév. 1887, p. 49).

Cardone. — Relevé statistique de la clinique laryngologique de l'Université de Naples (*Gior. delle Sc. med.*, n° 12, décembre 1886, Naples).

Cardone. — Sur trois cas de trachéotomie pour affections syphilitiques (*Eco delle Clin.*, n° 4, 13 janv. 1887).

Carpenter. — Aphonie due à une tumeur sous-glottique (congénitale?) Opération, guérison (*The Lancet*, 12 mars 1887).

C. H. M... — Affection tuberculeuse des voies aériennes supérieures (*Jour of Laryng.*, n° 3, mars 1887).

Cavazzani. — Laryngosténose cicatricielle, bronchotomie instantanée, guérison (*Lo Sperimentale*, n° 1, jan. 1887).

Clubbe. — Sur un cas de thyrotomie (*Austral. Med. Gaz.*, nov. 1886).

- Clutton.** — Tuberculose du palais et du larynx (*Clin. Soc of London*, 11 fév. 1887).
- Compained y Cabaderilla.** — Importance de la notion étiologique dans le traitement des paralysies des cordes vocales (*Revista de laring., ot. y rin.* mars 1887).
- Donaldson (Fr.).** — Paralysie des muscles adducteurs latéraux du larynx, avec une observation unique (*The N.-Y. Med. Journ.*, 12 fév. 1887).
- Donners.** — Mort occasionnée par des arêtes de hareng introduites accidentellement dans le larynx chez un enfant de trois ans et demi (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, nov. 1886).
- Dugardin.** — Note sur un cas de compression des récurrents par un rétrécissement organique de l'œsophage (*Ann. des mal. de l'or.*, n° 1, jan. 1887).
- Dunning.** — Tubage du larynx (*Journ. of Americ. med. Assoc.* 19 février 1887).
- Dupont.** — Extirpation du larynx (Lettre de Suisse sur l') (*Sem. méd.*, 9 mars 1887, p. 96).
- O'Dwyer.** — Démonstration d'une nouvelle méthode de tubage du larynx (*The N.-Y. med. Journ.*, 5 fév. 1887).
- Eichberg.** — Tubage du larynx, chute du tube dans la trachée, extirpation par la trachéotomie (*Cincinnati Lancet and Clin. et the med. Rec. N.-Y.*, p. 492).
- Fede.** — Hydrocéphale et spasme glottique (*Il Morgagni*, nov. et déc. 1886, Naples).
- Ferguson.** — Un accident pendant le tubage du larynx (*N.-Y. med. Journ.*, 5 mars 1887, p. 273).
- Floy.** — De l'antisepsie dans la phthisie laryngée (*Journ. de méd., ch. et pharm. de Bruxelles*, 5 janv. 1887, n° 1, p. 21).
- Fraenkel (R.).** — Fatigue professionnelle de la voix (mogiphonie) (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 7, 19 février 1887).
- Frédault.** — Laryngite (*Confér. clin. à l'hôp. Saint-Jacques*, in-8°, Paris, 1886).
- Ferreri (G.).** — Traitement des papillomes du larynx (*Lo Sperimentale*, fév. 1887, fasc. II).
- Fortunato.** — Nouveau trachéotome (*Gli Incurabili*, n° 2, Naples, 15 janvier 1887).
- Foscowell (H.).** — Laryngite aiguë des enfants (*The Birmingham med. Rev.* fév. 1887).
- Garel.** — Rétraction cicatricielle des ligaments ary-épiglottiques. Larynx à six cordes et fausse glotte supplémentaire (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, n° 2, fév. 1887).
- Geofroy-Gomez.** — Un inhalateur nouveau (*Revue d'hydrologie*, 10 fév. 1887, n° 75).
- Giraud.** — Trachéocèle traumatique (*Revue de chirurg.*, 10 jan. 1887).
- guenheim.** — Laryngite syphilitique tertiaire (*Ann. des mal. de l'or. et l'ar.*, n° 3, mars 1887).
- icher.** — Les adénopathies trachéo-bronchiques (*Revue mens. des mal. l'Enf.* janv. 1887, p. 1).

- Hamon du Fougeray.** — Des injections rectales gazeuses dans l'hémoptysie (*Gaz. des Hôp.*, 12 fév. 1887).
- Hering** (Th.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculeuse laryngée (*Deutsche med. Wochenschr.*, nos 7 et 8, 1887).
- Holden** (Edgard). — Un cas de gomme du larynx avec réouverture spontanée du larynx après laryngotomie thyroïdienne (*The N.-Y. med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- Jackson.** — Bronchocèle (*Wolverhampton and district med. Soc. in the Lancet*, 19 fév. p. 174).
- Jacob.** — Laryngite syphilitique hyperplasique (*Pathol. Soc. of London*, 15 fév., et *Brit. med. Journ.*, 19 fév. 1887).
- Jacobelli.** — Aérothérapie. Des inhalations caustiques (*Bull. gén. de thérap.*, 28 fév. 1887).
- Jaschtschinski.** — Observation de néoplasme du larynx (*Chir. Western sept.* 1886).
- Jenkins.** — Tubage du larynx (*The med. Rec.*, 22 jan. 1887, correspondance, p. 108).
- King.** — Myxome volumineux du larynx (*Canada Pract., Toronto*, XI, 1886, p. 365).
- Krakauer.** — Un cas de sténose de la trachée après trachéotomie due à des granulations (*Vereln f. innere Medicin in Berlin, Deutsche med. Ztg.*, n° 7, 17 janvier 1887).
- Lancret.** — Polype de la trachée (*Soc. méd. de Reims, in Union méd. du Nord-Est*, n° 2, 15 fév. 1887).
- Lennox-Browne.** — Faits cliniques (*Rev. med. de Lar.*, n° 2, fév. 1887).
- Lennox-Browne.** — Un cas d'incision partielle du larynx faite, avec succès, pour un épithélioma intra-laryngien (*Brit. med. Journ.*, 5 fév. 1887).
- Lewis.** — Laryngisme striduleux, rachitisme (*Arch. Pédiat., Philad.*, 1886, III, p. 584).
- Lewis** (Christoph). — Observations cliniques sur la syphilis du larynx (*The Birmingham med. Rev.*, mars 1887).
- Livan.** — Effets de l'arrachement du spinal sur l'action modératrice du pneumogastrique (*Marseille méd.*, 30 avril 1886, n° 4).
- Londgraf.** — (Clinique Gerhards). Du cathétérisme des grandes voies aériennes (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 6, 1887).
- Loreta.** — Divulsion des cordes vocales dans un cas de laryngotomie (*Raccogl. med.*, déc. 1886).
- Maling.** — Carcinome du larynx (*Sunderland and North. Durham med. Soc., in Brit. med. Journ.*, 26 fév. 1887).
- Marique.** — Ulcérations tuberculeuses du larynx (pièces *Soc. anat. pathol. de Bruxelles*, 6 mars, et *La Clinique*, 10 mars 1887).
- Massei.** — Notions générales de thérapeutique locale dans les maladies laryngées (*Il Morgagni*, n° 2, Naples fév. 1887).
- Massei.** — Sur un cas de papillome du larynx (*Bollet. delle malad. dell'Orech.*, etc., n° 2, mars 1887).
- Moura.** — Laryngométrie. Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine (*Revue de laryng.*, nos 9, 10, 11 de 1886 et nos 2, 3 et 4, 1887).

- Moura.** — Rôle physiologique du muscle aryténoïdien (*Rev. mensuelle de laryng.*, n° 1, janv. 1887).
- Moure (E. J.) et Binaud.** — Cancer du larynx (*Soc. anat. et Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 février 1887).
- Moure (E. J.).** — Phtisie laryngée et trachéotomie (*Soc. anat. de Bordeaux, et Journ. de méd.*, 27 fév. 1887).
- Nixon.** — Œdème de la glotte et mal de Bright (*Academ. of Med. in Ireland, in Brit. Med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- Partridge.** — Tubage du larynx par la méthode de O'Dwyer (*The N.-Y. Med. Journ.*, 5 fév. 1887).
- Passavant.** — Comment se fait la fermeture du larynx au moment de la déglutition (*Virchow's Arch.*, 104 Bd, Heft 3, 1886, p. 444-448).
- Pecco.** — Opérations laryngologiques et otologiques pratiquées durant l'année 1885 dans les hôpitaux de l'armée, etc. (*Giorn. Med. dell'Esercito del. marina*, Rome, janv. 1887).
- Phelippeaux.** — Mandrin trachéotome (*Poitou méd.*, 1^{er} fév. 1887).
- Rice.** — Du rapport de la phtisie laryngée et pulmonaire (*The N.-Y. Med. Journ.*, 3 fév. 1887).
- Rosenbach (O.).** — Un cas de laryngite et trachéite croupales localisées chez un adulte. (*Wien. Med. Presse*, n° 4, 23 janvier 1887).
- Schrötter (L.).** — Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, des fosses nasales et du pharynx (1^{er} fascicule) (*Wien*, 1887, chez W. Braumüller).
- Salomoni.** — Extirpation totale du larynx (*Thèse de Crémone*, Fezzi, édit. 1886).
- Semon (F.).** — Du traitement chirurgical de la sténose laryngée paralytique (*The Brit. Med. Journ.*, 19 mars 1887, p. 647).
- Schech.** — Contribution à l'étude de la syphilis des poumons, de la trachée et des bronches (*Separat. aus. di Internat. Klin. Rundschau*, Vienne, 1887).
- Schmidt (M.).** — Sténose congénitale de la trachée due à une courbure anormale des cartilages (Schmidt's Jafbr., n° 2, 1887, S. 117).
- Schrötter.** — De la dilatation des sténoses du larynx (Leçons in *Annal. des mal. de l'or.*, etc., n° 1, janv. 1887).
- Sheen.** — Une canule à trachéotomie très volumineuse (*Brit. Med. Journ.*, 16 mars 1887, p. 616).
- Skenvell.** — Instruments pharyngiens et laryngiens (*The N.-Y. Med. Jour.*, 3 fév. 1887).
- Spaak.** — Du traitement de l'aphonie par l'électricité (*Journ. de méd., ch. et pharm. de Bruxelles*, 5 fév. 1887, n° 3, p. 74).
- Stocquart.** — Des injections sous-cutanées d'acétate d'ammoniaque dans le traitement de l'aphonie et des enrrouements récents et chroniques (*Arch. mens. de méd. et chir. prat.*, Bruxelles, oct. 1886).
- Seale.** — Tubage du larynx (*The Med. Rec.*, 15 jan. 1887, p. 70).
- ørk (Carl.).** — Le tubage du larynx (*Wien. Medicin. Presse*, n° 12, 30 mars 1887, p. 401).
- ckling.** — Anévrisme de l'aorte descendante (*Birmingham and Midland Counties branch.*, in *Brit. Med. Journ.*, 26 fév. 1887, p. 437).

- Thompson et Castle.** — Rapport sur la laryngologie (*The Americ. Lancet*, Détroit, M., mars 1887).
- Tissier.** — Contribution à l'étude des sténoses glottiques chez les tuberculeux (*Ann. des mal. de l'or.*, n° 1, janv. 1887).
- Vaught.** — Trachéotomie pour un corps étranger (Nashville, *Journ. Med. and Surg.*, 1886, t. XXXVIII, p. 542).
- Weise.** — Contribution à l'étude de l'extirpation des polypes du larynx (*Petersburg, Mel. Wochenschr.*, n° 52, 1886).
- Wharton.** — Une aiguille fixée dans la bronche gauche depuis vingt-trois mois. Expulsion spontanée après la trachéotomie; guérison (*Med. News*, 5 fév. 1887).
- Wheeler.** — Un cas de tubage du larynx (*N.-Y. Med. Journ.*, 26 fév. 1887).
- X...** — Sur une question de priorité au sujet de la divulsion rapide des cordes vocales (*The Med. Rec. N.-Y.*, 26 fév. 1887).

Oreille

- Atkin (Ch.).** — Vomissement persistant comme cause de troubles auriculaires (*Brit. Med. Journ.*, 12 février 1887).
- Bacon (Gorham).** — Des bains de mer cause de surdité (*Med. News*, 29 janvier 1887).
- Baginsky.** — Du développement du limaçon de l'oreille (*Archiv. f. mikr. Anat. Bonn.*, 1886-87, XXVIII, p. 44-37).
- Barr (Th.).** — Séparation par nécrose, du labyrinthe osseux droit, extraction par le conduit auditif (*The Lancet*, 29 janv. 1887).
- Barth (A.).** — De la théorie des sons et des bruits (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 81).
- Barth (A.).** — A propos de l'examen de l'audition au moyen des diapasons (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 105).
- Bates.** — Paracentèses multiples de la membrane du tympan (Correspondance du *N.-Y. Med. Journ.*, 5 mars 1887).
- Baumgart (T.).** De la trépanation de l'apophyse mastoïde (Würzburg, 1886, chez P. Schreiner, 26, p. in 8°).
- Beugniet-Corbeau.** — Chute foudroyante produite par certains bruits (*Journ. de méd. et chir. pratique*, mars 1887).
- Bezold (F.).** — Du traitement à l'acide borique dans les otorrhées et les objections élevées contre lui (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 8, 24 février 1887).
- Bianchi.** — Un cas de surdité verbale (*Progresso med.*, n° 1 et 2, janvier 1887, an. I).
- Biase (De).** — Un cas de labyrinthite aiguë (*Giorn. internaz. delle Sc. med.*, Naples, n° 42, déc. 1886).
- Boulengier.** — Nouveaux cas d'otite purulente chronique avec abcès encéphaliques consécutifs (*La Presse med. belge*, n° 8, fév. 1887).
- Boulengier.** — Otite moyenne aiguë avec abcès consécutif du cervelet (*La Presse med. belge*, n° 5, 30 janv. 1887).
- Bride (M. C.).** — Abcès cérébral consécutif à une affection de l'oreille (*Edim Med. Ch. Soc.*, in *Brit. Med. Journ.*, 29 mars 1887, p. 628).
- Briggs.** — Surdité labyrinthique (*The Texas med. Assoc., Austin*, 1886, p. 399).

- Brunner** (Gustave). — De la maladie de Ménière (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 47).
- Böttcher**. — Revue des recherches nouvelles sur la structure du limaçon et quelques observations personnelles (suite et fin) (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV Bd, 2 et 3 Heft, 3 mars 1887).
- Bürkner**. — Atlas contenant des images du tympan (Léna, 1886, chez G. Fischer).
- Charazac**. — Considérations sur les écoulements d'oreille (*Rev. méd. de Toulouse*, n° 5, 1^{er} mars 1887).
- Chisolm**. — Rapport annuel de l'hôpital de Baltimore pour les yeux, les oreilles et la gorge (*Presbyterian Charity Hospital, Maryland, Med. Journ.*, 26 fév. 1887).
- Coggin** (D.). — Un fait curieux de surdité (*Boston med. and surg. Journ.*, 6 janv. 1887).
- Costa** (Da). — Méningite cérébro-spinale aiguë due à une otite moyenne suppurée (Philadelphia, *Med. Times*, 8 janv. 1887).
- Cousins-Ward**. — Tintement d'oreille et son traitement par une nouvelle méthode. Injection et évacuation d'air alterné (*Brit. Med. Journ.*, 26 février 1887).
- Cozzolino** (V.). — La surdité étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique, bactériologique, pathogénique et du traitement (*Bollet. delle Sc. med. Bologna*, série VI, vol. XVIII, 1887).
- Dalby** (W.). — Sur les perfections de la membrane du tympan (*The Brit. med. Journ.*, 12 mars 1887).
- Delstanche**. — Observations de corps étrangers de l'oreille (*Annales des mal. de l'oreille etc.*, n° 2, février 1887).
- Dennert**. — Recherches acousto-physiologiques avec démonstrations (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV Bd, 2 et 3 Heft, 3 mars 1887).
- Donald** (Mc.). — Guérison de la folie dans des cas où elle était accompagnée d'hématomes de l'oreille (*Journ. of News a. ment. Dis.*, fév. 1887).
- Eaton** (Frank. B.). — Du catarrhe hypertrophique de la partie antérieure du nez comme cause de la surdité catarrhale chronique, démontré par l'observation sur les propres oreilles de l'auteur et par un autre cas (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 60).
- Eitelberg**. — Du diagnostic différentiel des affections de l'appareil perceur et de l'appareil conducteur des sons (*Wiener med. Presse*, n°s 40 et 41, 1887).
- Félici** (F.). — Papillomes multiples inflammatoires du conduit et du pavillon de l'oreille et périchondrites consécutifs à une otite moyenne suppurée chronique (*Bollet. delle mal. it. dell' orecch.*, etc., n° 2 mars 1887).
- Fick**. — Considérations sur le mécanisme du tympan (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV Bd, 2 et 3 Heft, 3 mars 1887).
- Fitzgibbon**. — Trépanation pour une affection de l'apophyse mastoïde avec paralysie et aphasie (*Acad. of med. in Ireland*, 21 janv., et *The Brit. med. Journ.*, 26 février 1887).
- Giampietro**. — Pathologie et thérapeutique des sourds-muets (*Ann. de Otol. y Laring.*, n° 12, 1886).
- Graud**. — Note sur un cas de polype de l'oreille (*Loire méd.*, 15 fév. 1887).
- Gray**. — Pathologie et traitement de l'inflammation chronique non suppurée de l'oreille moyenne (*Trans. Texas med. Ass., Austin*, 1886, p. 390).

- Greenfield.** — Remarques sur un cas d'abcès cérébral avec otite, traité avec succès par une opération (*Brit. Med. Journ.*, 12 fév. 1887).
- Gorham-Bacon.** — Des bains de mer comme cause de surdité (*Med. News*, 29 janv. 1887).
- Hartmann (A.).** — Un cas de nécrose du limaçon (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 109).
- Hartmann (A.).** — Reproduction graphique des résultats de l'examen de l'audition avec le diapason (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 67).
- Hugentobler.** — De l'importance de la lecture sur les lèvres pour les sourds (*Lyon med.*, 22 août 1886, n° 34).
- Jacquemart.** — Modification et perfectionnement du procédé de Politzer, (*Revue mens. de lar.*, n° 3, mars 1887).
- Jredell.** — Corps étrangers de l'oreille (*Austral. N.-J.*, Melbourne, 1886 VIII, p. 385-389).
- J. N. S.** — Revue des maladies de l'oreille (*N.-York med. Times*, janv. 1887).
- Kabes.** — Epithélioma du pavillon (*N.-Y. med. Rec.*, 29 janv. 1887).
- Katz.** — Des injections forcées d'eau dans l'oreille (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 2, fév. 1887).
- Kiesselbach.** — Trait de scie pour ouvrir le canal facial (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 2, fév. 1887).
- Kirchner (W.).** — 1^{re} De l'étiologie des furoncles de l'oreille (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1887).
- 2^o Des blessures de l'oreille (*Aus den sitzungsberichten der Wurzburger phys. med. Gesellschaft*, 1886, séance du 19 juin 1886).
- Lebrun.** — Des injections d'éther iodoformé dans les hématomes de l'oreille (*La Clinique*, 10 fév. 1887).
- Lennox-Browne.** — Faits cliniques (*Rev. mens. de lar., etc.*, n° 2, février 1887).
- Loewe.** — D'un procédé simple pour enlever les polypes de l'oreille avec remarques sur la technique de faire les injections dans l'oreille (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1887).
- Monakow.** — De l'origine et du trajet central du nerf acoustique (*La sem. méd.*, 16 mars 1887).
- Moos (S.).** — Recherches sur la présence du champignon dans le labyrinthe et la pyramide du rocher à la suite d'une simple diphtérie (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887).
- Morrison-Ray.** — Des maladies de l'oreille compliquant les fièvres éruptives (*The Amer. pract. and News*, 22 janv. 1887).
- Morrison-Ray (J.).** — Rupture des deux tympons après une chute sur la tête. Écoulement sanguin suivi d'un écoulement aqueux. Fracture de la portion tympanique des deux temporaux (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H., fév. 1887, p. 63.)
- Noyes.** — Corps étrangers de l'oreille (*Détroit Acad. of méd. in Americ. Lancet*, *chir.*, Treviglio, 1886).
- Negretto.** — Trois cas de trépanations mastoïdiennes (*Relevé clinique*, mars 1887, p. 401).
- Neumann (J.).** — Du traitement des affections de l'oreille externe (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, nos 2 et 3, 1887).

- Nolda (A.).** — Etudes phonographiques comme contribution à l'étude de la physiologie du tympan chez l'homme (*Wurzburg*, 1886, Stahel, 24 p. in-8°).
- Péan (clinique).** — Deux cas d'otite moyenne suppurée avec complication mastoïdienne; trépanation (*Gaz. degli Ospit.*, nos 12 et 14, 1887).
- Philipp.** — Un cas d'otalgie réflexe (*Atlant. med. and surg. Journ.*, janvier 1887).
- Pomeroy.** — Inflammation chronique de l'oreille moyenne (Section d'ophtalm., d'otol. de l'Acad. de méd.) (*N.-Y. med. Journ.*, 22 janv. 1887).
- Pomeroy.** — Du résultat des paracentèses multiples de la membrane du tympan (*The N.-Y. med. Journ.*, 5 fév. 1887).
- Pomeroy (Oren).** — Observations démontrant les résultats des perforations multiples du tympan sur l'ouïe, dans le catarrhe chronique de l'oreille. Remarques (*The N.-Y. Med. Journ.*, 12 fév. 1887).
- Ralph W. Seiss.** — Nouvelle méthode pour traiter le catarrhe chronique de l'oreille (*Med. News*, 5 fév. 1887).
- Ray (J.-M.).** — Affection de l'oreille compliquant les fièvres éruptives (*Amer. pract. and News*, 22 janv. 1887).
- Rossi (De).** — Essai de clinique spéciale (*Otologie, Laryng. et Rhinol.* Palletta, éd. t., Rome, 1887).
- Rumbold.** — Rôle du froid dans les inflammations catarrhales chroniques du nez, de la gorge et des oreilles (*Columbus, Med. Journ.*, janv. 1887).
- Seth S. Bishop.** — Nouvelles méthodes pour traiter les affections de l'oreille moyenne (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 15 janv. 1887).
- Sexton (S.).** — Lésion de l'oreille occasionnée par l'explosion d'une forte pièce d'artillerie, etc. (*The med. Rec.*, 19 fév. 1887).
- Stepanow.** — Contribution à l'étude des fonctions du limaçon (*Med. Observ.*, no 20, 1886).
- Story.** — *Aspergillus nigricans* (*Acad. of Med., in Ireland.*, 14 janv. et in *Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- Szenes.** — Rapport sur la clinique d'otologie de M.J. Bocke (année 1885.) (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV Bd, 2 et 3 Heft, 3 mars 1887).
- Thémoïn.** — Des divers procédés d'extraction des corps étrangers de l'oreille et des fosses nasales (*Revue mens. des malad. de l'Enfance*, fév. 1887).
- Turnbull.** — Manuel clinique des maladies de l'oreille (2^e édi., Philadelphie, 1887).
- Turnbull (L.).** — Quelques études récentes et observations sur les bourdonnements (*The Med. and surg. Rep.*, 8 janv. 1887).
- Voltolini.** — Otite moyenne; Polype, méningite, abcès du cerceau, etc (*Monatsschr f. Ohrenh.*, n° 2, fév. 1887).
- Verdos.** — Clinique otologique (*Revista de lar., otol. etc.*, mars 1887).
- Verdos.** — Lésions consécutives au lavage du conduit auditif externe (*Gaceta Méd.*, Catalana, 31 janv. 1887).
- Williams.** — Observations de maladies de l'oreille (*Saint-Louis, Med. and surg. Journ.*, nos 2 et 3, fév. et mars 1887).
- Williams.** — Faits cliniques d'otalgie (Saint-Louis, *Med. a. surg. Journ.*, déc. 1886).
- Williams.** — Nouvelle méthode pour déterminer les troubles de l'ouïe (*Albany Med. Ann.*, t. VII, p. 339, 1886).
- Wreden (R.).** — Communication sur l'inducteur double en médecine (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, 1-2 H. fév. 1887, p. 113).

Croup et Diphtérie.

- Ansalconi.** — Traitement de la diphtérie par le chlorure de calcium et la digitaline (*Le Monit. thérapeut.*, n° 2, 7 février 1887).
- Armington.** — Communication sur la diphtérie (*Cambridge, Med. Soc., in the Lancet*, 12 mars, 1887).
- Barbier.** — Croup et coqueluche (*Courr. méd.*, nos 40 et 41, 5 et 12 mars 1887).
- Barbot.** — Traitement de la diphtérie, méthode Renou (*Gaz. des Hôp.*, 20 janvier 1887).
- Campbell Pope.** — Névrite multiple après la diphtérie (*London Med. Chir. Soc., in Brit. Med. Journ.*, 26 février 1887, p. 439).
- Concetti (Luigi).** — Un cas de diphtérie chronique (*Arch. d. patol. infant.*, nov. 1886, p. 241).
- Cheyne (Watson).** — De la trachéotomie hâtive dans la diphtérie (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars 1887).
- Cleland.** — Discussion sur la diphtérie (*Detroit, Acad. of med. in the Americ. Lancet*, mars 1887).
- Collins.** — La diphtérie peut-elle être communiquée par une pince dentaire (*The med. Rec. N.-Y.*, 5 mars 1887).
- Costa (da) Labro.** — Indications et contre-indications de la trachéotomie (*Ann. academ. de med. de Rio-Janeiro*, 1886, t. I, p. 269).
- Descroizilles.** — D'un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée par les procédés rapides (*Arch. de Tocol. des mal. des femmes*, 15 janv. 1887).
- Dumas.** — Pendant l'incubation du croup n'existe-t-il pas de médication antiseptique préventive (*Bullet. génér. de therap.*, 30 janv. 1887).
- Forcheimer (F.).** — Pronostic du croup (*The Amer. Lancet*, févr. 1887).
- Gevaert.** — Croup diphtéritique d'emblée, diphtérie de la plaie, guérison (*Journ. de med. chir. et pharm. de Bruxelles*, déc. 1886).
- Gonzalez.** — Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la diphtérie (*Arch. de méd. y chirurg. de los niños*, n° 25, 31 janv. 1887).
- Grant-Bey.** — Emploi du mercure dans les affections parasitaires contagieuses, et surtout de l'emploi du bichlorure dans le traitement de la diphtérie (*The med. Rec. N.-Y.*, 5 mars 1887).
- Hidalgo y Arredondo.** — La diphtérie à Madrid (*El Siglo med.*, 20 mars 1887).
- Ingraham.** — Tubage du larynx dans le croup (*Buffalo med. and surg. Journ.*, 1886, t. XXVI, p. 226).
- Kluyskens.** — Epidémie de diphtérie observée à Tronchiemes (*Ann. de la Soc. de med. de Gand*, déc. 1886).
- Jumon.** — Traitement de la diphtérie (*La France méd.*, 12 mars 1887, n° 31).
- Lektorski.** — Traitement de la diphtérie (*Russ. méd.*, n° 43, 1886).
- Lewentaner.** — De l'action de l'essence de térébenthine dans la diphtérie (*Centralbl. f. Klin. Medicin.*, n° 3, 15 janvier 1887).
- Minges (G.).** — Traitement du croup par la pulvérisation de ferments digestifs (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, Chicago, 12 févr. 1887).
- Misrachi.** — Sur le traitement de la diphtérie par le benzoate de soude (*Le Monit. therap.*, 7 févr., n° 2, 1887).
- Montgomery.** — Trachéotomie et tubage dans la diphtérie (*Med. News*, 5 mars 1887, p. 278).

- Mouillot.** — De la diphtérie (*Acad. of med. in Ireland, in Brit. med. Journ.* p. 629).
- Müller.** — Contribution à l'étude de la trachéotomie. Rapport sur trois cent quarante-neuf cas trachéotomisés à l'hôpital général de Hambourg (Altona, 1886, chez Kobner Along, 16 pages, 1 planche, in-8°).
- Palmes.** — Trachéotomie dans la laryngite diphtéritique (Canada, *Pract. Toronto*, 1886, vol. XI, p. 361).
- Somma.** — Coryza diphtéritique primitif chez les enfants (*Arch. di path. inf.*, n° 1 et suiv., janv. 1887).
- Thilbert.** — Traitement de l'angine couenneuse par la bière joubarbée (Discussion à la Soc. méd. du VI^e arrondissement, in *France méd.*, 8 mars 1887).
- Tissier.** — Laryngite diphtéritique chez l'adulte, guérison (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 3, mars 1887).
- Vesta M. W. Swarts.** — Emploi spécial des astringents dans le traitement de la diphtérie (*The med. and Surg. Rep.*, 19 fév. 1887).
- Viura y Carreras.** — Instructions populaires pour éviter la propagation de la diphtérie (Barcelonne, 1886).
- Welcker.** — Le sublimé dans le traitement de la diphtérie (*Deutsche med.*, Ztg. n° 6, 20 janvier 1887).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

- Adenot.** — Fistule parotidienne (*Soc. de méd. de Lyon, in Lyon méd.*, n° 3, 1887, p. 90).
- Angers.** — Ablation du corps thyroïde (*Soc. de chir. Paris*, 9 mars 1887).
- Augier.** — Cancer de l'œsophage et péricardite suppurée (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 25 fév. 1887).
- Barber.** — Goître (*Sheffield Med. Ch. Soc.*, 8 fév. in *Brit. Med. Journ.*, 5 mars 1887).
- Berns.** — Deux cas d'œsophagotomie (*Weekbl. van Het Nedeerl. Tijdsch. v. gen.*, n° 49, 1886).
- Boulengier.** — Pièces d'un cas de coqueluche terminé par la mort (*La Presse méd. belge*, n° 8, 20 fév. 1887, p. 62).
- Bowremann-Jessett.** — Extirpation des deux os maxillaires supérieurs pour les tumeurs sarcomateuses (*Med. Soc of London, in Brit. Med. Journ.*, 19 fév. 1887).
- Bruning (F.).** — Des goîtres rétro-pharyngo-œsophagiens (Wurzburg, 1886, chez Köhl et Hecker, 31 p. in-8°).
- Burine.** — Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement (*Arch. de Tocol. des mal. des femmes*, 15 janv. 1887).
- Carré (C.).** A propos de l'extirpation du goître, avec réflexions sur la cachexie strumipive (*Schweiz. Corr. Bl.* XVI, 21, 1886).
- Charcot.** — Spasme glosso-labio-unilatéral (*Sem. méd.*, 2 fév. 1887).
- Cleaver.** — Extraction d'un corps étranger (pièce de monnaie) de l'œsophage (*Sheffield Med. Ch. Soc.*, 3 fév., in *Brit. Med. Journ.*, 5 mars, 1887).
- Cohen (Solis).** — Un point de pratique à propos de la dilatation de l'œsophage (*The Polytechnic*, fév. 1887).
- Collignon.** — La nomenclature quinaire de l'indice nasal du Nivant (*Revue d'anthrop.*, 15 janv. 1887 p. 8).

- Courtin.** — Des différents modes de traitement des rétrécissements de l'œsophage (Bruxelles 1886, chez Hagez, in-8° de 44 p.).
- Davezac.** — Coqueluche et acide phénique (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars 1887).
- Debout et Destrée.** — Parotidite gouteuse (*Roy. méd. chir. Soc., in The Lancet*, 12 mars 1887).
- Destrée.** — Les bruits de la déglutition (*Journ. de méd. de chir. et pharm., Bruxelles*, 1886).
- Dionisio.** — Repullulation d'un néoplasme du corps thyroïde, extirpation, guérison (*L'Osservatore*, n° 7, Turin, 3 mars 1887).
- Dionisio.** — Goutte double, ablation, guérison (*L'Osservat.*, n° 4, Turin, 3 février 1887).
- Dupont.** — Des inhalations et injections d'acide carbonique (*Bullet. génér. de thérapeut.*, n° 1, janv. 1887).
- Dupré.** — Un cas de phlegmon de la région sus-hyoïdienne (*Journ. de méd., chir. et pharm.*, Bruxelles, déc. 1886).
- Erb (W.).** — Du myxœdème (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 3, 17 janv. 1887).
- Francotte.** — Des badigeonnages de cocaïne contre les vomissements de la coqueluche (*Ann. de la Soc. méd. chir. Liège*, n° 10, 1886).
- Galletly (W.).** — Déglutition d'un dentier artificiel, expulsion rapide par le rectum (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1887).
- Gierston.** — Statistique des morts par extirpation de goîtres (*Aertzt. Mittheil. aus Baden*, XI, 24, 1886).
- Giles.** — Du goître dans l'Himalaya (*The Med. and Surg. Rep.*, 15 janv. 1887).
- Grasset et Estor.** — Myélite cervicale faussement attribuée à un traumatisme périphérique et produit en réalité par un mal de Pott méconnu; pas de pachyméningite, névrite radiculaire, thyroïdite tuberculeuse (*Revue de méd.*, 10 fév. 1887, p. 113).
- Hadden.** — Goître exophtalmique traité par les courants continus (*The Lancet*, 3 fév. 1887).
- Hosmer (A.-J.).** — De la bronchite pseudo-membraneuse (Chicago, *Med. Soc. in Amer. pract. and news*, 5 fév. 1887).
- Hurry.** — Un cas de goître suivi d'asphyxie, mort (*The Lancet*, 19 mars 1887).
- Jacobelli.** — Aérothérapie. Des inhalations caustiques (*Bullet. de therap.*, 15 fév. 1887).
- Jolyet et Bergonié.** — Appareil destiné à doser le gaz de la respiration chez l'homme à l'état physiologique et pathologique (*Soc. anat. de Bordeaux et Gaz. hebdom. des sc. méd.*, 13 fév. 1887).
- Keppler (A.).** — Du traitement de la coqueluche (*Wien. Med. Bl.*, n° 5, 1887).
- Landau.** — Du myxœdème (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 11, 14 mars 1887).
- Lanelongue.** — Tumeurs branchiales du cou (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars 1887, n° 34).
- Lehmann (K.-B.).** — Etat des connaissances actuelles sur le rôle des glandes thyroïdes (*Münchener Medicin. Wochenschr.*, n° 11, 15 mars 1887, p. 202).
- Llewellyn-Elliott.** — Du traitement de la coqueluche par la narceïne (*Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 22 janv. 1887).
- Lowenthal.** — Altérations de la couche corticale après la thyroïdectomie (*Lettre suisse, in Sem. méd.*, 9 mars 1887).

- Misrach.** — De la quinine dans le traitement de la coqueluche (Correspondance du *Bullet. gén. de therap.*, 15 mars 1887).
- Moncorvo.** — Traitement de l'asthme des enfants par la teinture de lobelia inflata (*Journ. de méd., chir. et pharm. de Bruxelles*, 5 janv. 1887, n° 1).
- Peter.** — Rétrécissement spasmodique de l'œsophage (*Paris méd.*, 5 février 1887).
- Prus.** — Contribution à l'étude de la physiologie de la glande thyroïde (*Prz. lek.*, n° 36, 1886).
- Reverdin (J.).** A propos de l'énucléation intra-glandulaire du goître (*Sem. médic.*, 23 fév. 1887).
- Romain.** — Un cas d'inflammation suppurée de la glande thyroïde (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov. 1886).
- Roose-Velt.** — Rétrécissement malin de l'œsophage (*The Med. Rec.*, 12 mars, 1887, p. 308).
- Robson (Mayo).** — Traitement des goîtres kystiques (*Brit. Med. Journ.*, 29 janv. 1887, p. 242).
- Pruvost.** — Résultats fournis par les injections gazeuses (*Soc. méd. du VI^e arrondiss.*, séance du 27 décembre 1886, in *France méd.*, du 8 février 1887).
- Romain.** — Thyroïdite suppurée consécutive à la fièvre intermittente, guérison d'un goître (*Arch. de méd. et ph. milit.*, VIII, déc. 1886).
- Sandt.** — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage (*N.-Y. Med. Journ.*, 22 janv. 1887).
- Santangelo et d'Aganno.** — Influence de la distension des pneumogastriques dans la région du cou, sur le ventricule (Decken, édit. Naples, 1886).
- Schech (Ph.).** — Contribution à l'étude de la syphilis du poumon de la trachée et des bronches (*Internat. Klin. Rundschau*, 1887).
- Scheffer.** — Observation d'un cas de cystosarcome de la parotide (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 2, 1^{er} février 1887).
- Schlemmer.** — Des théories pathogéniques de l'asthme (*Union méd.*, 27 janv. 3, 12, 19, 22 et 24 fév. 1887).
- Seifert.** — De l'iodol (*Münchener Med. Wochenschr.*, n° 4, 1887).
- Schaeffer.** — Anévrisme de l'aorte innommée (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1887).
- Silcock (Q.).** — Epithélioma kystique du cou (*Pathol. Soc. of London*, 15 mars, in *Brit. Med. Journ.*, 19 mars 1887).
- Servais (L.).** — Deux cas heureux d'extirpation de tumeurs cancéreuses énormes du maxillaire supérieur (*Med. Soc. of London*, in *Brit. Med. Journ.*, 19 fév. 1887, p. 395).
- Soyre.** — Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement (*Arch. de Tocot. et de malad. de femmes*, 30 janv. 1887).
- Spillman et Parisot.** — Valeur thérapeutique des injections rectales gazeuses d'acide carbonique et sulfhydrique dans la tuberculeuse pulmonaire (*Soc. de méd. de Nancy*, in *Rev. méd. de l'Est*, 15 fév. 1887).
- Stewart.** — Passage d'un corps étranger volumineux dans le canal alimentaire d'un enfant (*Brit. med. Journ.*, 26 fév. 1887).
- Tausini.** — Extirpation d'un lympho-sarcome volumineux du cou, résection de la carotide primitive et de la jugulaire interne (Milan, Rechiedei, édit., 1887).
- Thomas.** — Kyste du cou (*Soc. de chirurg.*, Paris, 9 mars 1887).

- Trélat.** — Tumeur dermoïde de la région thyroïdienne (*Gaz. des Hôp.*, 8 mars 1887).
- Trélat.** — Tumeurs épithéliales multiples contre indications de la gastrotomie (*Gaz. des Hôp.*, 8 mars 1887).
- Telschow.** — Contribution à l'étude de l'anesthésie à l'aide de la cocaïne (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 4, 1887).
- Treimols.** — La médication vomitive dans la pathologie infantile (*Cronica med. y quirurg. de la Habana*, n° 2, fév. 1887).
- Usiglio.** — Parotidite bilatérale métastatique compliquant un iléo-typhus (*Gaz. degli Ospit.*, n° 6, Milan, janv. 1887).
- Virchow.** — Du myxoédème (*Berl. med. Gesellschaft*, séance du 2 fév. 1887, et *Deutsch. med. Ztg.*, n° 12, 10 fév. 1887).
- Vilette.** — Extraction d'une pièce de 5 francs en argent logée au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage (*Bullet. méd. du Nord*, n° 12, 1886).
- Weir.** — Tumeur du thyroïde enlevée par la méthode de Socin (*N.-Y. Surg. Soc.*, 8 oct. et *Med. news*, 15 janvier 1887).
- Williams.** — Etiologie du goître (*Sheffield, Med. Chir. Soc.*, in *Brit. Med. Journ.*, 29 janv. 1887).
- Weir.** — Extirpation de la bourse sus-hyoïdienne (*N.-Y. Pathol. Soc. in Med. News*, 3 mars 1887).
- X.** — Statistique des trachéotomies faites à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des enfants malades pendant l'année 1886 (*Revue mens. des mal. de l'Enf.*, mars 1887).

NOUVELLES

Société française d'Otologie et de Laryngologie

La Société française d'Otologie et de Laryngologie tiendra sa session générale le mercredi 13, le jeudi 14 et le vendredi 15 avril prochain, à 8 heures du soir, à la Mairie du 1^{er} arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour :

- 1^o Correspondance; 2^o Présentation des Membres nouveaux; 3^o Résumé des travaux de l'année, par M. le Secrétaire; 4^o Observation de Laryngite hémorragique, par M. le Dr Garel, de Lyon; 5^o Traitement du Catarrhe du Sinus maxillaire par M. le Dr Schiffers, de Liège; 6^o Considérations cliniques sur l'obstruction de la Trompe d'Eustache, par M. le Dr Miot, de Paris; 7^o Traitement chirurgical de la Phtisie laryngée, par M. le Dr Hering, de Varsovie; 8^o Quelques considérations cliniques sur la rhinite atrophique, par M. le Dr Noquet, de Lille; 9^o Observation d'Otite moyenne subaiguë. Granulie aiguë; mort, par M. le Dr Ménière, de Paris; 10^o Glottes supplémentaires, par M. le Dr Gougenheim, de Paris; 11^o Otorrhée compliquée, par M. le Dr Delio, d'Ypres; 12^o Classification des muscles du Larynx, par M. le Dr Moura, de Paris; 13^o Observation de chancre induré de la Fosse nasale droite, par M. le Dr Moure, de Bordeaux; 14^o Rougeole, otite moyenne purulente, abcès mastoïdien, par M. le Dr Baratoux, de Paris; 15^o Des pressions exercées sur le Tympan, au point de vue du diagnostic, par M. le Dr Miot, de Paris; 16^o Kystes du Larynx, par M. le Dr Garel, de Lyon; 17^o Tumeur du Thyroïde, par M. le Dr Aigre, de Boulogne-sur-Mer; 18^o De la vue rhinoscopique antérieure, par M. le Dr Cresswell Babert, de Brighton; 19^o Lymphatiques du Larynx, par M. le Dr Poirier, de Paris; 20^o Présentations de malade et d'instruments par MM. les Drs Miot, Garel.

M. le Dr Steinbrügge, privat docent d'otologie à la Faculté de médecine de Giessen, a été nommé professeur extraordinaire.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabrol.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RHINITE ATROPHIQUE

par M. le Dr NOQUET, de Lille (4),

Mon intention n'est pas de faire l'histoire complète de la rhinite atrophique, ni de passer en revue tous les travaux de mes devanciers. Il serait, du reste, bien superflu de se donner cette peine devant l'auditoire en face duquel j'ai l'honneur de parler.

Je me suis attaché, depuis un peu plus d'un an, à noter avec soin les particularités présentées par les cas qu'il m'a été donné de suivre pendant un laps de temps suffisant. Aujourd'hui, je vous demande la permission de vous exposer le plus succinctement possible, les constatations faites et les résultats obtenus. En somme, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature et le pronostic de la rhinite atrophique. C'est là surtout ce qui m'a permis de penser que ma modeste contribution pourrait n'être pas tout à fait inutile.

Les malades que j'ai observés d'une manière satisfaisante, sont au nombre de 13 et se décomposent comme suit : 2 du sexe masculin, 11 du sexe féminin. Dans le sexe masculin, l'un des sujets avait vingt ans, l'autre dix-neuf ans. Dans le sexe féminin, les âges étaient cinquante-cinq, quarante, trente-trois, trente-deux, trente, vingt-cinq, dix-huit, quinze, douze, onze et dix ans. Je dois dire de suite que ces malades, comme d'ailleurs la plupart de ceux que j'ai pu voir antérieurement ne présentaient aucune trace bien évidente de scrofule, cette diathèse assez mal définie, qui a perdu beaucoup de terrain, depuis la découverte du bacille de la tuberculose. Quelques-uns étaient peut-être légèrement lymphatiques, mais, par contre, plusieurs paraissaient vigoureusement constitués.

La syphilis était absente dans tous les cas. Quand il m'a été possible de me livrer à une enquête fructueuse

(4) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 15 avril 1887.

sur les antécédents héréditaires, j'ai constaté que les ascendants étaient indemnes. J'ai pu examiner les frères et sœurs assez nombreux de deux de mes jeunes malades. Leur membrane pituitaire et leurs cornets inférieurs paraissaient normaux.

Quelques auteurs, et particulièrement Zaufal, insistent sur une forme spéciale du nez qui se rencontrerait chez les sujets atteints de rhinite atrophique et qui est dessinée dans l'ouvrage de M. Moure (1). Le nez, par suite de l'enfoncement des os propres au-dessous du frontal, ressemblerait, en quelque sorte, à une selle. Sa pointe serait relevée et les narines regarderaient en avant. J'avoue, pour mon compte, n'avoir rencontré cette forme, et encore assez peu accentuée que chez une seule de mes malades, celle de seize ans. Aussi ai-je tendance à croire qu'elle n'a pas, au point de vue de l'étiologie, une bien grande importance.

En somme, d'après mes observations, la rhinite atrophique peut se montrer chez des sujets bien constitués, vigoureux, indemnes de toute diathèse, sans antécédents héréditaires et n'offrant rien de particulier quant à l'aspect du nez. J'ajouterai même, puisque je parle de diathèse, qu'ayant eu l'occasion de donner mes soins à un assez grand nombre de syphilitiques héréditaires, présentant la triade d'Hutchinson, j'ai presque constamment rencontré chez eux, un coryza chronique, avec sécrétion abondante des mucosités. Mais ces mucosités étaient fluides et ne produisaient aucune odeur gênante.

La muqueuse des fosses nasales était hypertrophiée et non atrophiée au niveau des cornets inférieurs. J'observe, actuellement, une petite fille de huit ans, atteinte d'otite moyenne simple et de kératite interstitielle. Ces accidents ne paraissent pas devoir être rattachés à la syphilis, mais bien à une sorte de débilité générale, à la scrofule si l'on

(1) E. J. Moure, *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne*. Paris, 1886, p. 98.

veut. Eh bien, chez cette enfant, il existe un catarrhe chronique des fosses nasales et de l'arrière-cavité, tout à fait semblable à celui dont je viens de parler.

Si j'arrive aux symptômes offerts par mes treize malades, je ferai une première remarque. L'odeur fétide, la punaisie était surtout très prononcée chez les jeunes, chez ceux n'ayant pas vingt ans. Au delà de cet âge, elle était moins intense, moins désagréable. L'examen rhinoscopique expliquait cette différence. Les fosses nasales et l'arrière-cavité des jeunes sujets étaient encombrées, remplies de croûtes épaisses. Celles des sujets plus âgés, qui n'avaient cependant été jusque-là soumis à aucun traitement et dont l'affection, d'après eux, avait débuté dans l'enfance, l'étaient moins. Les mucosités desséchées tapissaient les parois sans remplir toute la cavité. Et cependant, l'atrophie de la muqueuse était ici à son maximum. Le cornet inférieur ne formait, pour ainsi dire, qu'une simple bandelette, le moyen était diminué de volume.

On apercevait le rebord supérieur des choanes, l'ouverture des trompes, la face supérieure du voile du palais, et, sur une large étendue, la paroi postérieure du pharynx nasal. Les sujets au dessous de vingt ans ne présentaient pas un degré d'atrophie aussi marqué. Le cornet moyen avait son volume presque normal. Le cornet inférieur, tout en étant aplati, conservait encore un certain relief, et la paroi postérieure du pharynx nasal n'était pas visible sur aussi grande étendue. J'ajoute immédiatement que, dans aucun des cas, la muqueuse ne présentait d'ulcérations.

Presque tous les auteurs, depuis Trousseau, ont signalé ce fait que la rhinite atrophique a de la tendance à guérir spontanément avec l'âge. Si j'en crois les constatations que je viens d'exposer, le processus atrophique fait son chemin petit à petit, progresse lentement et il doit arriver un moment où la muqueuse étant réduite à sa plus simple expression, sécrète en moins grande abondance. De là, une notable diminution de la punaisie. Mais cette

manière de voir est en contradiction avec l'hypothèse de Zaufal, qui admet une atrophie congénitale du cornet inférieur, et avec celle de Calmettes et Martin qui croient plutôt à un arrêt de développement de ce même cornet. J'opposerai, du reste, tout à l'heure, à ces théories, un argument qui me paraît plus décisif.

Il est une seconde remarque que je tiens à faire et qui a son importance au point de vue de l'otologie. Parmi mes treize malades, tous ceux ayant plus de vingt ans étaient venus me consulter pour des troubles de l'ouïe, et ne s'occupaient guère de leurozène qu'il considéraient du reste comme incurable. Ils étaient atteints d'otite moyenne chronique simple, et chose digne d'être notée, cette affection était d'autant plus intense que l'âge était plus avancé. Au début. l'insufflation d'air réussissait difficilement chez ces malades, parce que le pavillon de la trompe était obstrué par des mucosités desséchées et fétides, que l'on ramenait au dehors avec le cathéter. Au contraire, parmi les sujets ayant moins de vingt ans, seule la jeune fille de quinze ans, fut dans le cours du traitement, atteinte d'une légère poussée d'otite moyenne subaiguë simple, qui guérit facilement, sous l'influence des moyens appropriés. Les autres avaient l'organe auditif complètement normal.

Il semble donc que le processus pathologique chemine peu à peu vers les trompes et vers l'oreille moyenne.

La troisième remarque a trait à l'arrière-cavité des fosses nasales et au pharynx proprement dit. L'arrière-cavité des malades au-dessous de vingt ans était encombrée de mucosités épaisses, desséchées, laissant cependant assez libres les parties latérales, et notamment l'ouverture des trompes. Chez les autres, les parois étaient simplement tapissées de croûtes adhérentes. De plus, ces mucosités et ces croûtes envahissaient un peu le pharynx buccal, s'accumulant surtout à la hauteur du bord libre du voile du palais et de la luette, et ne formant plus bas qu'une sorte d'enduit vernissé. Sous cet

enduit, la muqueuse des sujets jeunes, encore au début de l'affection, était rouge, un peu hypertrophiée, présentait une surface légèrement irrégulière et saignait facilement. Celle des sujets au-dessus de vingt ans était un peu pâle et sensiblement amincie.

L'amincissement de la muqueuse et l'enduit vernissé constituent la pharyngite sèche, qui n'est le plus souvent, comme vient de le signaler M. Moure, dans un article récent, qu'une conséquence de la rhinite atrophique. L'affection suit dans le pharynx la même marche que dans les fosses nasales.

Il faut tenir compte des mucosités situées à la hauteur du bord libre du voile du palais. La douche naso-pharyngienne ne parvient pas à les balayer, parce que le voile se relève pendant le passage du liquide et, si on ne les détache pas de temps en temps par un badigeonnage vigoureux, elles entretiennent la mauvaise odeur.

Presque tous les auteurs croient qu'on ne parvient qu'à pallier la rhinite atrophique (Zaufal, Calmettes, Martin, Mulhall, Michel, Irhukelx, Semon, Morell-Mackensie, de Campos Salles, etc.).

Pour moi, me basant sur plusieurs faits antérieurs à ceux-ci et sur quelques-uns de la série actuelle, j'ai, comme M. Moure, acquis la conviction qu'un traitement bien dirigé, suivi ponctuellement et longtemps, peut amener la guérison complète.

La première indication, celle dont parlent tous les auteurs (Cozzolino, Zaufal, Hartmann, Michel, Calmettes, Martin, Gottstein, Massei, etc.) consiste à chasser les croûtes fétides contenues dans le nez. Le moyen recommandé est la douche naso-pharyngienne pratiquée soit avec la seringue anglaise, soit avec le siphon de Weber, soit avec l'irrigateur.

Voici la méthode à laquelle je me suis arrêté, méthode qui ressemble beaucoup à celle de M. Moure. Je conseille au malade de pratiquer deux fois par jour une douche naso-pharyngienne, en employant de préférence le

siphon de Weber, avec toutes les précautions usitées. Un litre d'eau tiède, dans lequel on a dissous une cuillerée à bouche de chlorate de potasse (Michel), doit passer, chaque fois, dans les fosses nasales. Après cette douche, le malade fait, par chaque narine, une pulvérisation tiède avec la solution suivante :

Hydrate de chloral.....	0 gr. 50.
Acide borique.....	6 —
Glycérine pure.....	10 —
Eau dist. de laurier-cerise.....	20 —
Eau distillée.....	200 —

L'embout du pulvérisateur est dirigé d'abord horizontalement pour atteindre l'arrière-cavité, puis un peu dans tous les sens, mais sans trop insister toutefois, quand on lance le jet vers le haut. Je recommande au malade de continuer la pulvérisation jusqu'à ce qu'il éprouve le besoin de cracher et de tousser. Dans le milieu de la journée, et sans douche préalable, il pratique une autre pulvérisation, avec de l'eau contenant du vinaigre antiseptique (une cuillerée à café pour 200 gr. d'eau environ). Après huit jours, je remplace le chlorate de potasse par l'acide phénique, en m'arrangeant de façon à ce que chaque litre d'eau contienne environ 2 gr. d'acide. J'alterne ainsi régulièrement entre les deux substances. De plus, je badigeonne moi-même, deux ou trois fois par semaine, trois fois au début, et, dans les cas intenses, la muqueuse de l'arrière-cavité et celle des fosses nasales avec une solution de chlorure de zinc à 20/100. On obtient une solution limpide en faisant ajouter à l'eau une petite quantité d'acide chlorhydrique. Je me sers, pour le pharynx nasal, d'un porte-ouate courbé en S allongé, et, pour les fosses nasales, du porte-ouate coudé ordinaire. Il est bon d'avoir recours à l'ouate hygroscopique. Je me permets d'insister un peu sur ce moyen, parce que je ne l'ai vu indiqué nulle part. On parvient à enlever, de cette façon, les mucosités situées à la hauteur du bord libre

du voile du palais, et qui, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, échappent à l'action de la douche naso-pharyngienne. Il m'a semblé que le chlorure de zinc était plus actif que le nitrate d'argent. Enfin, quand certains points de la muqueuse restent rouges, saillants, un peu hypertrophiés, je les touche avec le galvano-cautère. Je n'ai eu à intervenir ainsi que chez les jeunes sujets, et surtout à la partie inférieure du pharynx nasal.

L'ensemble du traitement amène très rapidement un soulagement marqué. La fétidité disparaît, mais il ne faut pas se relâcher et continuer même quand la guérison semble bien assurée et qu'il n'y a plus de sécrétion. On peut toutefois, après trois mois, apporter le plus souvent, un certain adoucissement au traitement, en ne faisant qu'une douche et une pulvérisation par jour. Quant aux badigeonnages avec le chlorure de zinc, j'ai l'habitude de les espacer de huit jours après le premier mois, et les cesse presque toujours, à la fin du quatrième mois.

J'ai eu la satisfaction de constater, chez trois de mes malades, le jeune homme de dix-neuf ans, la jeune fille de quinze ans et l'enfant de douze ans, une régénération très marquée des parties atrophiées. Le cornet inférieur, et j'ai pu m'en assurer, il y a quelques jours encore, a repris dans ces trois cas, un volume normal. Moins accentuée chez les autres malades au-dessous de vingt ans, cette régénération est cependant aussi assez évidente. Du reste, deux de ces malades, l'enfant de onze ans et celle de dix ans, n'ont été badigeonnées que très irrégulièrement.

Quant aux sujets plus âgés, la régénération chez eux a été insignifiante, bien que le traitement pour quelques-uns ait duré plus d'une année. L'atrophie est, sans doute, trop ancienne, trop prononcée, et surtout le cornet lui-même a trop complètement diminué de volume. La sécrétion est devenue moins abondante et s'est même tarie assez rapidement; mais la muqueuse est restée à peu près ce qu'elle était avant.

Je fais, toutefois, une exception pour la malade de quarante ans que j'ai examinée, il y a quelques jours encore, et dont le cornet inférieur gauche forme maintenant, après six mois de traitement, une saillie très appréciable.

Je rappelle que M. Moure croit aussi s'être trouvé en présence de cas où la régénération s'est faite. Il s'exprime ainsi, dans son manuel (p. 106) : « Bien plus, et j'avoue que je n'oserais encore soutenir cette thèse, les cavités du nez très larges et spacieuses au début m'ont semblé reprendre, peu à peu, leur volume normal, par une sorte de régénération des parties atrophiées. — Je le répète, je n'avoue le fait que sous la réserve la plus expresse, ayant l'intention de revenir, un peu plus tard, sur ce sujet si digne d'intérêt, lorsqu'une observation plus longue m'aura permis de confirmer ce fait ou, au contraire, de reconnaître l'erreur d'une assertion un peu hasardée peut-être. »

C'est après deux ou trois mois de traitement que, dans les cas dont j'ai parlé, la régénération a commencé à se faire. La jeune fille de quinze ans s'est soignée depuis le commencement de janvier 1886 jusqu'à la fin de décembre, l'enfant de douze ans, depuis la fin de janvier 1886 jusqu'au commencement de mars 1887. Ces deux malades me paraissent complètement guéries. Je les ai engagées cependant à venir se faire examiner de temps en temps pour parer à toute éventualité.

Le jeune homme de dix-neuf ans est en traitement depuis huit mois. Il pratique encore une douche et une pulvérisation tous les jours. Le résultat favorable semble définitivement acquis; mais, pour plus de sûreté, la médication sera suivie pendant plusieurs mois encore.

Ces malades ont été, parmi les moins âgés, ceux qui ont pu être soumis le plus longtemps au traitement. J'ajoute qu'ils ont pris, comme presque tous les autres, de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue.

Ces faits de régénération de la muqueuse nasale ont une importance sur laquelle il me semble nécessaire d'insister. Outre qu'ils sont favorables au pronostic, ils

permettent de penser que, dans l'affection qui nous occupe, c'est bien, comme le veut Gottstein, la muqueuse qui s'enflamme chroniquement et s'atrophie peu à peu. Les cornets inférieurs s'atrophieraient consécutivement. Ce qui prouve que ce processus existe, c'est qu'on peut l'arrêter par une intervention convenable, quand il n'est pas trop avancé, et même obtenir une restitution complète. En serait-il ainsi, si, comme le dit Zaufal, l'atrophie du cornet était toujours congénitale, ou, si elle était, comme le pensent Calmettes et Martin, le résultat d'un arrêt de développement? Que l'élargissement des fosses nasales favorise la stagnation et l'épaississement des mucosités, c'est probable, mais non absolument démontré. Dans tous les cas, il faut, selon moi, un autre élément; il faut que ces mucosités soient sécrétées en grande abondance par la muqueuse enflammée. Et cela est tellement vrai qu'à l'époque où, grâce aux progrès de l'atrophie, les fosses nasales ont atteint leur maximum de largeur, les mucosités sont moins abondantes et tendent même à disparaître spontanément, parce que la muqueuse réduite, comme je l'ai dit plus haut, à sa plus simple expression, ne peut plus sécréter. Du reste, il arrive assez souvent de rencontrer des fosses nasales, qui, bien que très larges, ne sont pas encombrées de concrétions fétides.

Michel suppose que les mucosités sont surtout produites par la muqueuse du sinus. Il est possible qu'il en soit ainsi quelquefois. Mais, outre que les recherches anatomiques de Zukerkandl sont peu favorables à cette hypothèse, la marche de l'affection elle-même et les résultats du traitement me paraissent aussi la rendre peu probable. En réalité, tous les phénomènes peuvent s'expliquer avec une inflammation limitée aux muqueuses nasales et pharyngées, et il n'est guère admissible que les moyens employés, douches, pulvérisations, etc., puissent atteindre la muqueuse du sinus, de manière à agir favorablement sur elle.

Quelle est la cause de la rhinite ou mieux de la rhinopharyngite atrophique? Faut-il voir là un catarrhe chronique ordinaire commençant par un stade d'hyper-trophie pour finir par un stade d'atrophie? Faut-il admettre l'existence d'un ferment spécial (Bresgen, Ziem), une altération des sécrétions par des acides gras (Kraus), ou l'invasion de la cavité nasale par un diplococcus particulier (Lœwenberg)? Autant de questions qu'il est difficile de résoudre. J'avoue que la dernière hypothèse est très satisfaisante. Elle expliquerait bien la marche progressive de l'affection et aussi l'action si manifeste des substances antiseptiques. Ce diplococcus existe certainement.

M. Lœwenberg l'a démontré. Mais il reste, je crois, à prouver que les cultures de ce microbe sont capables de reproduire la maladie. Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que la contagion, si elle existe, est tellement rare qu'on peut la mettre en doute.

J'aurais pu étendre cette communication, comparer entre eux les différents modes de traitement, parler de l'insufflation de poudres, du tampon de Gottstein et même citer mes observations avec plus de détails. Mais j'ai pensé devoir me limiter à l'indispensable, ne voulant, du reste, pas abuser de votre bienveillante attention. Je désirais insister sur certains aperçus un peu nouveaux et non faire une œuvre didactique.

Plus tard, j'aurai, je l'espère, l'occasion de rencontrer de nouvelles observations, et je pourrai, peut-être, les joindre à celles d'aujourd'hui pour composer un mémoire plus complet.

OTORRHÉES COMPLIQUÉES

par M. le Dr **DELIE**, d'Ypres (1).

MESSIEURS,

Divers accidents qui, dans ma pratique, ont aggravé des écoulements purulents de l'oreille, me semblent dignes

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 14 avril 1887.

de vous être présentés en groupe. Le contraste des complications, la diversité des terminaisons serviront à éclairer les diagnostics et à mettre de la réserve dans les pronostics.

I. — OTORRHÉE. — PHLEGMON MASTOÏDIEN.

Le nommé X..., quarante-deux ans, souffre depuis trois semaines d'un abcès de l'oreille et d'une tuméfaction considérable de la région mastoïdienne. Un courant d'air l'a gratifié d'une fièvre vive de vingt-quatre heures, des douleurs exacerbantes se sont déclarées dans l'oreille droite et la moitié correspondante de la tête : la mastication est douloureuse, l'insomnie est rebelle. Un écoulement purulent s'est montré le quatrième jour sans apporter grand soulagement. L'otorrhée bien que minime ne céda pas aux moyens vulgaires. Le dixième jour, se manifeste une nouvelle fièvre avec douleur et gonflement derrière l'oreille : toute la région mastoïdienne et une partie du cou se prennent en tumeur. Le malade, abattu par l'insomnie et les souffrances cérébrales et locales permanentes, a recours au spécialiste. Le conduit auditif externe est complètement fermé par le gonflement des parois ; la région mastoïdienne est le siège d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule ; cette tumeur est rouge et manifestement fluctuante. A l'incision, il s'écoule un verre à vin de pus ; la plaie est pansée à l'iodoforme ; au bout de six jours tout est rentré dans l'ordre. Nous avons eu affaire à une inflammation du conduit auditif externe compliqué de phlegmon mastoïdien.

II. — OTORRHÉE. — POLYPES. — CARIE DU ROCHER.

Un enfant dans sa quatrième année, souffre depuis quatorze mois d'une otorrhée purulente : l'écoulement est sanieux, archifétide et très abondant. L'enfant accuse peu de douleur, il est porteur d'une paralysie faciale gauche. Le conduit auditif externe et la caisse sont remplis de végétations polypeuses ; les otorrhagies sont fréquentes ; une a failli coûter la vie au petit malade. La région mastoïdienne est légèrement tuméfiée et sensible à la pression. Les lavages

désinfectants répétés, l'iodoforme, l'alcool simple ou additionné d'acide borique ou salicylique, le curetage, les cautérisations à l'acide chromique, le galvano-cautère ne parvinrent pas à se rendre maître de l'otorrhée. Un jour, l'enfant fut pris de fièvre ; un phlegmon se déclara derrière l'oreille. Une large incision mit à nu la partie mastoïdienne cariée. Environ un mois plus tard, je détachai un séquestre comprenant l'apophyse mastoïde en totalité, et la paroi postérieure osseuse du conduit auditif externe. Ce fut le signal de la guérison ; celle-ci s'acheva lentement sous l'influence de l'iodoforme. Aujourd'hui, il existe derrière l'oreille une dépression et une ouverture fistuleuse sèche ; le conduit externe est rétréci. L'appareil de perception des ondes sonores est conservé. Le diapason est perçu sur les os de la tête : moins cependant sur la région mastoïdienne gauche ; l'enfant n'entend plus la voix ordinaire, mais il comprend la voix élevée.

III. — OTORRHÉE. — ABCÈS MASTOÏDIEN.

M. S..., quarante ans, me fit appeler pour un écoulement d'oreille, accompagné de céphalalgie très intense. L'affection débuta, il y a un mois, par une fièvre continue et une douleur vive dans l'oreille droite, suivie d'écoulement purulent. Un traitement insignifiant fut institué contre l'otorrhée. Au bout de quelques semaines, le malade, effrayé de la recrudescence du mal de tête, de l'état vertigineux perpétuel, de l'insomnie rebelle et du gonflement qui se produisait derrière l'oreille, eut recours au spécialiste. Le thermomètre accuse une température de $38 \frac{5}{10}$; l'état général est satisfaisant ; le conduit auditif droit est rempli de pus crémeux, la lumière en est rétrécie par le gonflement des parois ; la région mastoïdienne est gonflée en totalité ; l'œdème superficiel de nature inflammatoire s'étend jusque vers le milieu du cou ; aucun cordon noueux n'est tangible le long du St. cl. m. les jugulaires ne sont pas affaissées ; aucune tuméfaction n'est perceptible au visage ; les yeux sont normaux ; la douleur spontanée est vive dans la région occipitale droite ; la moin-

dre pression mastoïde arrache des cris au malade. L'otorrhée est un peu abondante. 10 sangsues sont appliquées derrière l'oreille, et des irrigations chaudes, désinfectantes du conduit auditif sont instituées d'une manière ininterrompue. Un soulagement notable ne se produisit pas. J'eus recours à l'incision de Wilde portée jusque sur le périoste de la tubérosité mastoïdienne.

Le lendemain de l'opération, en sondant la plaie, je tombai, vers la pointe de l'apophyse mastoïde, sur une partie osseuse dénudée, offrant peu de résistance. Après quelques manœuvres prudentes, je fus heureux de voir un écoulement purulent se produire le long de la sonde; la quantité de pus recueilli s'élève approximativement à un petit verre à liqueur. L'abcès mastoïdien s'était pour ainsi dire ouvert spontanément. Dès ce jour, la convalescence fut franche et heureuse; la guérison était parfaite au bout de quatre semaines. L'audition seule reste un peu dure.

IV. — OTITE EXTERNE ÉRISYPÉLATEUSE, AVEC COMPLICATION DE PHLEGMON PROFOND DE LA RÉGION TEMPORALE.

Cette observation a été publiée dans la revue de laryngologie de M. Moure. Je ferai noter cependant que l'otorrhée revêtait tous les caractères du catarrhe purulent de l'oreille moyenne; tous les symptômes d'une complication mastoïdienne ont existé; l'œdème inflammatoire de la face fait songer à la possibilité d'une thrombose des sinus.

V. — OTORRHÉE CHRONIQUE POLYPEUSE. — COMPLICATIONS CÉRÉBRALES. — MORT.

La dame V..., âgée de vingt-cinq ans, est sujette à des écoulements de l'oreille droite depuis son enfance. En novembre 1886, après s'être exposée à un courant d'air, elle fut prise, pendant trois jours, de fièvre avec frissons et douleurs vives de l'oreille, irradiées dans toute la moitié correspondante de la tête. L'appétit disparut, les forces s'épuisèrent; la jeune dame, sous le coup d'une affection grave, se vit obligée de sevrer sa petite fille de huit mois. Je fus appelé en consultation le 1^{er} décembre. La malade est couchée dans

un fauteuil ; son teint est pâle, anémique ; ses traits expriment la souffrance ; ses paupières, à demi-closes, sont animées d'un tremblement continu ; elle éprouve un abattement généralisé et des douleurs névralgiques terribles dans la moitié de la tête ; des vertiges non interrompus la mettent dans l'impossibilité de marcher sans aide et l'obligent à fermer constamment les yeux. L'insomnie est entretenue par l'augmentation de la céphalalgie et des sensations vertigineuses dès que la dame prend une position couchée. La langue est saburrale ; la bouche mauvaise, l'appétit nul, les vomituritions sont permanentes ; le moindre bruit n'est pas supporté ; les mouvements des membres sont plus incertains et animés de plus grands tremblements à gauche qu'à droite. Il y a quelques jours, un abcès s'est déclaré dans l'oreille droite : l'écoulement est faible et intermittent. La température marque $37^{\circ} 5/10$, le pouls très faible donne 20 pulsations au quart.

L'oreille est remplie de pus concrété ; aucun phénomène spécial n'est tangible dans les yeux, le cou, ou derrière l'oreille.

Nous émettons, sous réserve, le diagnostic d'embarras gastrique et d'otorrhée avec possibilité de complications cérébrales.

Après un lavage minutieux de l'oreille, nous instituons le traitement suivant : une limonade purgative, des boissons rafraîchissantes, le froid sur la tête, des irrigations chaudes désinfectantes dans l'oreille malade ; la nuit on instillera, à intervalles réguliers, quelques gouttes de la solution : glycérine neutre 10 grammes, cocaïne 1 gramme, sublimé corrosif 1 milligramme.

Pendant 5 jours une légère amélioration se manifeste. Elle ne se maintient pas et le 6 décembre la jeune mère se voit obligée de garder le lit. Le 7, la langue est sèche, râpeuse ; le pouls est à 100, il est filiforme et dépressible, la température du matin, de $38^{\circ} 2$; la respiration monte à 24 mouvements par minute ; le ventre est légèrement ballonné, les selles sont nulles ; les douleurs céphaliques sont des plus

lancinantes dans toute la moitié droite de la tête. La malade garde sa présence d'esprit; il lui semble que son lit est animé d'un mouvement de balançoire combiné à un mouvement de rotation. Les pupilles sont égales; les vaisseaux rétiniens ne présentent aucune manifestation pathologique. L'oreille donne peu; les parois du conduit auditif sont boursoufflées; toute la caisse présente des végétations sessiles d'un faible développement; aucun polype proprement dit n'est accessible à l'œil; la muqueuse de l'oreille moyenne est gris-bleuâtre. L'insufflation à l'aide de la poire Politzer, et le cathétérisme démontrent l'imperméabilité de la trompe d'Eustache. L'apophyse mastoïde, les régions hyoïdiennes et sus-claviculaires sont exemptes de phénomènes morbides.

Traitement. — Iodoforme porphyrisé dans l'oreille. L'état de faiblesse et d'appréhension de la malade ne permettant pas les évacuations sanguines locales; nous continuons le froid sur la tête et les cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs. On administre une limonade purgative, 1 gramme d'antipyrine, et des boissons rafraîchissantes.

Le soir, la température est de 37°9.

Le 8 décembre le pouls est à 88, la respiration est à 24°, le thermomètre axillaire marque 38°3. La langue est meilleure; la malade a eu trois selles liquides. Les vomituritions sont permanentes; l'ingestion des boissons provoque instantanément le hoquet et des vomissements.

La céphalalgie reste stationnaire; les vertiges se prononcent encore davantage. Le soir, la température est à 38°3.

9 décembre. — Le pouls est à 92, la respiration à 28, la température à 38°3. La langue est meilleure; les vomissements ont disparu après l'usage de boissons glacées. Le soir, la température est à 37°9.

10 décembre. — Le pouls est à 92, la respiration à 24, la température à 38°7. Les selles sont nulles; la nuit a été meilleure, la céphalalgie n'est plus continue; l'état auriculaire ne présente rien de notable. Le soir, la température est de 39°2.

11 décembre. — Le pouls est petit, filiforme et précipité;

la température est de 39°8; les lèvres sont sèches, encroûtées. Vers minuit, la dame est prise d'un violent frisson suivi de transpiration abondante.

12 décembre. — Le pouls est à 100, la température à 39°7. La céphalalgie est moins vive; l'œil et l'oreille droits ne sont le siège d'aucune altération digne de remarque; les veines jugulaires sont molles et bien remplies; la langue est râpeuse; les lèvres sont sèches et encroûtées. La famille croit à une fièvre typhoïde. Le soir, la température est 39°6.

13 décembre. — Le pouls reste à 100, la température est de 39°2; le soir elle est de 39°4.

14 décembre. — Le pouls garde 100 pulsations; la température reste à 38°2.

15 décembre. — Le pouls est à 108, imperceptible; la température est de 38°4 le matin et de 38°7 le soir.

16 décembre. — Le pouls donne 110 pulsations; le thermomètre axillaire marque 39°8. Pendant la nuit, la malade a éprouvé des frissons violents accompagnés d'élancements vifs dans l'oreille droite; ceux-ci provoquaient des douleurs violentes dans la région occipitale correspondante. Une odeur putride, nauséabonde s'exhale du conduit auditif externe. Après un lavage minutieux et prudent, j'aperçois vers le milieu de la paroi supérieure du conduit auditif, une masse polypeuse du volume d'un petit pois, d'une coloration blafarde gangréneuse; elle est molle au toucher, dépressible mais non réductible. La malade nous supplie de réinstituer les irrigations tièdes qui lui ont déjà procuré tant de soulagement. Le soir la température est de 39°3.

17 décembre. — Le thermomètre marque 38°8. Au moyen d'un mince fil écraseur je sectionne le petit polype. L'opération est pour ainsi dire indolore. Le lavage consécutif du conduit ramène une petite lamelle osseuse de l'épaisseur d'un millimètre, mesurant 7 millimètres sur 3 de surface; des petits lambeaux de muqueuse adhérent à l'une des faces. En poursuivant les injections détersives, je ramène de l'oreille environ un dé à coudre de noyaux caséux, d'une consistance de beurre durci, d'une odeur infecte. A l'inspection de la caisse

tympanique, je découvre un second polype, effilé, d'un centimètre de long, appendu à la paroi supérieure du conduit. Son extraction ne souffre pas la moindre difficulté. Les irrigations désinfectantes sont instituées trois fois par jour, elles sont suivies d'une injection d'iodoforme porphyrisé.

18 décembre. — Le pouls est à 108, la température à 38°8. La langue est très bonne. La céphalalgie a été insupportable, les frissons ne se sont pas répétés, la malade prend un peu de lait et un léger potage.

19 décembre. — Le pouls est à 108. La température à 38°4. La dame a passé une nuit agitée : des vomiturations continuelles la tourmentent ; une raideur de la nuque immobilise la tête dans une position renversée ; les mouvements passifs de rotation arrachent des cris à la malade ; la flexion de la tête sur la poitrine ne peut s'exécuter à aucun degré.

La déglutition devient pénible, et s'accompagne d'élanchements douloureux dans l'oreille droite et la moitié du crâne correspondante ; une rougeur congestive occupe les joues ; les yeux sont injectés ; les pupilles égales ; tous les réflexes oculaires sont d'une sensibilité exquise. Il se produit de la stase dans les vaisseaux rétiniens droits.

La céphalalgie est modérée. L'inspection de l'oreille ne révèle rien d'alarmant ; il n'existe ni odeur putride, ni pus, ni gonflement. Les régions correspondantes du cou sont exemptes de manifestations pathologiques.

Le soir à six heures, la malade perd subitement connaissance ; les yeux fixes, grands ouverts, sortent de l'orbite ; la face est pâle et recouverte de sueur froide ; tout le corps est glacé ; l'immobilité qui engourdit les membres est interrompue de temps à autre par de légers tremblements convulsifs. Le pouls, filiforme, est précipité et irrégulier ; la respiration est entrecoupée. La malade ne répond par aucun signe aux questions qu'on lui adresse ; les réflexes oculaires sont abolis.

Nous recommandons d'emprisonner le crâne et le front dans des compresses d'éther. Les boissons vineuses seront administrées si la malade récupère la faculté d'avalier.

20 décembre. — La veille à dix heures du soir, la dame fut prise de frissons violents qui se répétèrent pendant une heure et demie. Des cris hydrencéphaliques, des crispations du visage, des expirations plaintives deviennent l'expression des souffrances internes. La face est le siège de congestions passives intermittentes qui lui impriment des colorations gris-bleuâtres et correspondent à des accès convulsifs. La pupille droite est dilatée, la gauche est rétrécie, la tête est enfoncée dans les oreillers par la concentration tétanique des muscles de la nuque. Dans le courant de l'après-midi, la dame porte constamment la main droite à la tête. Six grands accès convulsifs se manifestent pendant la nuit. Vers le matin, après trente heures de perte absolue de connaissance, la malade appelle la sœur de charité ; petit à petit elle renaît à la vie, répond vaguement, par signes et mots embrouillés, aux questions qu'on lui adresse ; elle est perdue dans ses souvenirs : elle verse des pleurs quand une personne de son entourage s'approche d'elle.

21 décembre. — La température est de 39°2 ; la respiration compte 48 mouvements par minute ; le pouls est à 120, il est petit, son rythme redevient régulier. Toute la moitié droite du visage du cou et du crâne est le siège d'une infiltration œdémateuse ; le faciès est paralysé à droite ; l'œil reste ouvert et terne ; la joue est flasque et pendante ; la bouche est déformée par l'affaissement de l'angle labial droit. L'intelligence revient cependant ; la malade voit, elle entend, elle répond distinctement ; elle ne garde aucun souvenir de son état antérieur, elle indique les sièges de ses souffrances, localisées dans la région occipitale. Dans le courant de la journée, la patiente éprouve quatre accès de frissons, d'une durée de trois minutes chacun : alors le visage blêmit ; la malade se plaint de froid intense, demande force couvertures pour les jeter dès que le stade de chaleur et de sudation se produit. La malade reste dans cet état pendant 30 heures ; la langue et les lèvres se revêtent d'un enduit noirâtre ; des sueurs froides recouvrent tout le corps ; un faux sommeil s'empare de la moribonde ; celle-ci s'éteint dans un coma d'allure typhique.

Bien que l'autopsie n'ait pu se faire, j'ose émettre le diagnostic suivant :

Otorrhée chronique polypeuse. Carie de la paroi supérieure osseuse du conduit auditif externe avec rétention de pus caséux. Méningite purulente et probabilité de Thrombose du sinus transversal droit.

GLOTTES SUPPLÉMENTAIRES

par le Dr A. GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière (4).

Il est extrêmement commun d'observer des malades chez lesquels la phonation soit entravée par l'hyperthrophie des parties sus-glottiques du larynx, et pourtant les quelques cas connus de prétendue suppléance des cordes vocales sont dus précisément à des faits pathologiques de ce genre. Il y a là une contradiction singulière due probablement à une observation incomplète ou insuffisamment prolongée; du reste, le critérium anatomopathologique a fait entièrement défaut. L'illusion vient de ce que les mouvements de ces prétendues glottes sont absolument semblables à ceux des cordes vocales inférieures, leur aspect extérieur a aussi, sauf bien entendu la couleur et le volume, une grande analogie avec celle de la vraie glotte; la forme est triangulaire dans la respiration et les bords arrivent au parallélisme et au rapprochement absolu au moment de la phonation. Non seulement les mouvements sont semblables à ceux des cordes vocales inférieures, mais l'émission des sons aigus et graves paraît s'accompagner de véritables vibrations et imprime à la nouvelle fente glottique les modifications en rapport avec ces sons différents.

Nous venons de dire plus haut que le critérium anatomopathologique a fait défaut dans l'effet de ce genre; en effet, il n'a pas été prouvé que la fonction vocale appartenait à ces nouveaux organes, il est même plus que probable que la glotte véritable vibrait au-dessous de la

(4) Lu à la Société française de laryngol. et d'otol., session d'avril 1887.

fausse glotte supplémentaire ne participait que dans une faible mesure à l'émission des sons.

Nous croyons aussi que l'observation de ces faits n'a pas été suffisamment prolongée; je possède, en effet, une observation où j'ai pu croire, pendant un certain temps, à l'existence d'une glotte supplémentaire. Mais ayant eu l'heureuse fortune d'observer les malades à plusieurs reprises, j'ai pu m'assurer de l'existence d'une glotte véritable et à peu près normale, qui fut masquée, pendant un certain temps, par la prétendue glotte supplémentaire.

Voici cette observation, dont la première partie a été recueillie avec le plus grand soin par le Dr Lermoyez, en 1884, alors qu'il était interne dans mon service de l'hôpital Bichat.

C..., Joseph, âgé de vingt-huit ans, sommelier; entré le 2 janvier 1884, à l'hôpital Bichat, salle Bazin.

Gourme dans l'enfance, abcès froid à l'âge de sept ans, chancre induré il y a huit ans, contracté à l'île Maurice. Accidents cutanés secondaires vigoureusement traités par le mercure et l'iodure.

Il y a deux ans, *ulcérations du pharynx* amenant de la dysphagie, mais pas de troubles de la voix. En même temps, *pleurésie droite avec épanchement* ayant duré six mois; à ce moment, état général mauvais, soupçon de tuberculose.

Il y a un an, lésions du pharynx s'accompagnant d'altérations de la voix; six mois plus tard, le larynx devient douloureux, la voix disparaît et il y a de la gêne respiratoire.

Traité pendant quelque temps à la clinique du Dr Proust, à Lariboisière, il entre à l'hôpital Bichat dans le même état. A ce moment, la dyspnée est si intense qu'on se tient prêt à faire la trachéotomie. *Cornage bruyant, aphonie complète et absolue.*

Examen laryngoscopique : on voit seulement deux gros bourrelets formés par une infiltration des cordes vocales supérieures qui se sont accolées au point de ne pas même s'écarter.

ter dans les plus fortes inspirations. L'épiglotte est détruite; on n'en voit plus trace. Il est impossible de voir la glotte.

1^{er} février. — Sous l'influence de l'iodure de potassium, 4 grammes par jour, et de cautérisations endolaryngées répétées avec le galvano-cautère, la dyspnée diminue, le cornage disparaît et la voix revient un peu.

On constate alors à l'examen laryngoscopique qu'au moment de l'inspiration, deux bourrelets latéraux commencent à s'écarter.

La santé du malade, qui était assez médiocre à son entrée, redevient excellente. Pas d'hémoptysie; auscultation très négative.

1^{er} avril. — A ce moment, après une série de cautérisations, la continuation prolongée du traitement spécifique, la voix est à peu près revenue, avec un timbre un peu rauque, il est vrai, et voici ce que l'on constate :

1^o Absence d'épiglotte;

2^o Etat mamelonné de la partie postérieure du larynx, qui n'est pas très injectée;

3^o Une véritable glotte supplémentaire formée manifestement par les deux cordes vocales supérieures hypertrophiées et anémiées de mouvements, peu étendus il est vrai, car elles sont presque au contact.

Cette glotte nouvelle est triangulaire, sa base postérieure est formée par la région aryténoïdienne très épaissie.

Quand le malade monte la gamme, avec une voix sonore mais rauque (il ne monte au maximum qu'une octave), on voit nettement : 1^o les deux cordes vocales supérieures *vibrer*; 2^o venir au contact. Le triangle noir postérieur se rétrécit de plus en plus au fur et à mesure qu'il monte la gamme.

Est-ce là que se formait le son? J'en doutais, et il me sembla qu'il devait être produit par les cordes vocales restées probablement intactes et masquées seulement par les bandes ventriculaires hypertrophiées. A l'appui de cette opinion, on voit, en effet, au moment où l'inspiration est très profonde, les insertions antérieures des vraies cordes vocales. Mais malheureu-

sement il est impossible de voir ces cordes dans leurs trois quarts postérieurs.

Le 7 avril, le malade sort sur sa demande.

L'année suivante, C... rentra dans nos salles, avec de l'oppression, de la dysphagie et une aphasie complète. Enfin, le malade avait maigri, il toussait et avait un léger mouvement fébrile. Depuis son départ de l'hôpital, il s'est fort peu traité et il a commis assez d'excès vénériens et alcooliques.

A l'auscultation, on n'entend que le bruit du larynx, mais l'expectoration est assez abondante, et, à l'examen des crachats, on constata l'existence de bacilles.

Après un peu de repos et des pansements à la cocaïne, l'état général s'améliore, la dysphagie disparaît ainsi que la dyspnée, mais l'aphasie persiste. A l'auscultation, on constate à l'un des sommets l'existence de quelques craquements.

A l'examen laryngoscopique, on voit le même aspect décrit précédemment par M. Lermoyez, mais avec plus de tuméfaction et de rougeur. Impossible d'apercevoir les vraies cordes vocales. On administre le traitement spécifique, iodure de potassium, dose de 2 à 4 grammes, et on pratique deux fois par semaine des cautérisations galvanocaustiques sur les bourrelets, qui diminuent de volume au bout de trois semaines environ. La voix réapparaît avec un timbre assez rauque, et cette amélioration persiste. L'état général s'améliore. Au bout de deux mois environ, on peut apercevoir les cordes vocales, mais il est impossible de les suivre jusqu'à la commissure postérieure, toutefois elles sont visibles dans une étendue plus grande que l'année précédente.

Le malade quitte notre salle au moment de la belle saison et, depuis, malgré toutes nos recherches, nous l'avons perdu de vue.

Cette observation diffère de deux autres, qui ont paru l'une en 1884, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, et l'autre, dans le même recueil, en 1887. La première est du docteur Cadier, la deuxième a été publiée par le Dr Garel, de Lyon.

Le Dr Cadier conclut formellement à l'existence d'une nouvelle glotte après destruction de l'ancienne. Son malade était d'abord aphone, comme le nôtre, puis la voix a reparu. C'était aussi un syphilitique. La nouvelle glotte, dit M. Cadier, était animée de mouvements assez étendus. Seulement les lèvres ne s'appliquaient pas longitudinalement, mais transversalement ; dans ce cas, la face postérieure de l'organe formait la lèvre postérieure et les deux bourrelets longitudinaux venaient s'appliquer contre cette paroi postérieure. En lisant cette observation, nous voyons que les cordes vocales, bien qu'assez altérées, n'étaient pas entièrement détruites, elles semblaient faire partie de la nouvelle glotte et se rapprochaient très intimement au moment de la phonation. En un mot, nous sommes ici en présence d'une glotte très altérée, modifiée avantageusement par le traitement externe et interne, et aidée dans son fonctionnement par l'adaptation des parties voisines. Ce n'est donc pas tout à fait une nouvelle glotte, et il est permis de croire que dans ce cas les vibrations n'étaient que renforcées par le rapprochement des parties voisines et non créées par cette disposition. Ce renforcement du son par les parties voisines est un fait physiologique et Bataille, dans la *Physiologie de la voix*, avait signalé ces vibrations non pas comme créatrices du son, mais comme destinées à le rendre plus fort. Il eût été curieux d'examiner microscopiquement le larynx du malade de M. Cadier, car si la description nous fait supposer qu'il avait observé les véritables cordes vocales très altérées, il n'est pas absolument sûr qu'il se soit trouvé dans son cas devant la véritable glotte que peut-être l'on aurait pu rencontrer au-dessous de la prétendue fente vocale, et que la sténose supérieure empêchait de voir à l'examen laryngoscopique.

Dans le cas de M. Garel, la glotte supplémentaire, formée par les replis aryéno-épiglottiques, tuméfiés et déformés, affectait l'apparence d'une véritable glotte, dont les bords se rapprochaient entièrement au moment de la

phonation, de manière à masquer entièrement les lèvres de la glotte, que l'on voyait au-dessous, très profondément, au moment de l'inspiration. Dans le cas de M. Garel, la voix n'était pas altérée dans son timbre.

Il me semble légitime de conclure de la présence de ces trois faits, qu'ils n'est pas prouvé que la glotte puisse être véritablement suppléée après sa destruction par une nouvelle glotte, attendu que la destruction complète des cordes vocales inférieures n'a été prouvée dans aucun de ces cas. Mais il est possible que les vibrations des parties voisines puissent, à l'état pathologique comme à l'état physiologique, contribuer à renforcer les sons émis péniblement par une glotte altérée. Toutefois ce fait ne peut se produire qu'à la condition que les surfaces destinées à ce rôle ne soient plus le siège d'une inflammation ou d'un processus actif, ce que prouvent du reste non seulement les observations que nous venons de citer, mais celles très nombreuses qui nous permettent de constater l'existence de l'aphonie, chaque fois que les cordes vocales supérieures sont l'objet d'une congestion très vive, bien que les cordes vocales soient à peu près normales dans leur couleur et leur fonctionnement.

QUELQUES REMARQUES SUR UN CAS DE LARYNGITE HÉMORRHAGIQUE

Par le D^r J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

L'observation que je vais citer est un fait rare de laryngite hémorrhagique, analogue à ceux contenus dans le récent travail de P. Strübing (*Die laryngitis hemorrhagica*, 1886), qui résume parfaitement tout ce qui a été écrit à ce sujet. De tous les traités classiques, le *Ziemssen's Handbuch* et le traité de Gottstein seuls s'occupent de la question d'une façon importante.

Il ne faut pas comprendre sous la dénomination de

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 13 avril 1887.

laryngite hémorrhagique des hémorrhagies sans importance ou simples filets de sang apparaissant dans quelques laryngites plus ou moins aiguës. Dans ces cas, les symptômes sont trop légers pour modifier le tableau clinique.

On doit restreindre la laryngite hémorrhagique aux cas de catarrhes laryngés compliqués d'hémorrhagie soit à la surface, soit dans les couches profondes. Stépanov ne peut pas même admettre celle des couches profondes. Le signe important consiste dans l'apparition d'une hémorrhagie sur la muqueuse laryngée en dehors de toute lésion ulcéreuse de la muqueuse, ce qui élimine toutes les hémorrhagies d'origine traumatique.

Le malade, qui fait le sujet de cette note était âgé de cinquante-cinq ans. Il était aumônier de l'un de nos établissements hospitaliers. Il jouissait d'une santé florissante et n'avait éprouvé que quelques vagues douleurs rhumatismales. En 1885, crise rhumatismale aiguë avec rechute et compliquée d'un peu d'angoisse précordiale. Le malade se rétablit assez complètement et peut se livrer à des marches pénibles sans éprouver la moindre fatigue.

Point important : le malade a une tendance à l'hémophilie. Il a eu plusieurs hémorrhagies difficiles à enrayer dans le cours de son existence.

Depuis deux ans seulement, il maigrissait et avait un teint pâle et jaunâtre. En même temps apparurent des épistaxis fréquentes ainsi que quelques rares filets de sang dans les crachats.

A cette époque, M. le professeur Rambaud constata simplement de l'anémie sans troubles du côté des urines. D'ailleurs, une guérison au moins apparente ne se fit pas attendre.

En mars 1885, premiers troubles de la voix avec sensation douloureuse à la suite d'un refroidissement.

En août 1886, mêmes troubles douloureux, accompagnés d'un nouvel accès de rhumatisme qui oblige le malade à garder le lit pendant six semaines.

Pendant cette crise, sensation douloureuse au niveau du larynx mais sans altération de la voix et *sans crachements de sang*. A partir de septembre cependant, la voix se voile peu à peu. Au réveil, le malade a la respiration difficile et ne se trouve mieux qu'après avoir rejeté quelques caillots sanguins, noirâtres et très consistants.

En novembre 1886 je vois le malade pour la première fois, sur l'avis de M. le professeur Rambaud. Il est presque aphone, crache du sang continuellement et rejette des caillots noirs le matin. État général très compromis, mais pas d'albumine dans les urines.

Au cœur l'auscultation révèle une insuffisance mitrale.

A l'examen laryngoscopique, sur le bord libre des cordes, on constate des caillots noirs formant une sorte de bordure dentellée. On trouve quelques caillots également sur les aryténoïdes et même sur l'épiglotte. La face supérieure des cordes vocales est à peine rosée et ne présente pas d'ulcérations. La motilité des cordes est intacte, mais l'obstacle matériel formé par les caillots empêche l'affrontement normal des bords libres et trouble l'émission des sons. On s'explique comment le matin la voix reparait après l'expulsion des caillots. Sur ces entrefaites, survient une nouvelle crise rhumatismale. Les caillots laryngés disparaissent, mais le malade crache encore du sang qui provient des fosses nasales postérieures comme le prouve d'ailleurs la rhinoscopie postérieure.

Au mois de janvier 1887 l'albumine apparaît dans les urines, puis survient de l'œdème progressif avec purpura. Le malade succombe enfin au commencement de février avec les accidents les plus nets de cachexie cardiaque.

Cette observation est un véritable type de laryngite hémorragique *précédée de laryngite catarrhale simple d'origine rhumatismale*. C'est la tendance hémophilique qui a ouvert la voie à la complication dans cette circonstance. Le purpura terminal dénote assez, combien le système vasculaire de ce malade était altéré. Rethi a publié en

1884 (*Wiener Med. Presse*) une observation analogue à la mienne.

Les autres observations de laryngite hémorrhagique sont relativement rares et ont été réunies dans le travail consciencieux de Strübing. Toutes présentent un ensemble de signes tout à fait caractéristiques.

On a tort d'attribuer l'hémorrhagie à un effort; dans le cas de Stépanov et dans le mien, l'hémorrhagie avait lieu pendant le repos de la nuit.

La quantité de sang rejeté est variable et ne dépend en aucune façon du degré de la laryngite. La tendance aux récides est un fait important à signaler, vu la persistance de la cause première.

La gravité est presque nulle dans les formes superficielles; cependant s'il y a du gonflement inflammatoire, on peut être dans l'obligation de songer à la trachéotomie.

L'examen laryngoscopique peut seul trancher le diagnostic, le rejet de caillots ne permettant qu'une hypothèse peu justifiée.

Les formes d'hémorrhagie survenant dans l'épaisseur de la muqueuse sont plus rares que celles qui ne se produisent qu'à la surface; elles sont aussi plus graves et presque toujours fatales. Tels sont les cas de Bogros et de Pfeuffer, Rühle, Schiotter et Jurasey citent des hémorrhagies profondes dans les affections scorbutiques.

Dans la laryngite hémorrhagique, une intervention chirurgicale est surtout plus nuisible qu'utile. Il faut se contenter de faire des inhalations, plus ou moins astringentes, pour détacher les caillots. On ne doit guère songer à la trachéotomie que dans les cas d'hémorrhagies profondes.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

SESSION GÉNÉRALE

13 avril 1887.

M. MÉNIÈRE, Président de la Session ordinaire d'octobre 1886, ouvre la séance à huit heures trois quarts, et cède le fauteuil au nouveau président, M. Gouguenheim, élu dans la dernière session d'octobre dernier.

ORDRE DU JOUR

1^o Election des Vice-Présidents : MM. Schiffers et Garel sont élus;

2^o *Correspondance*. — M. le Secrétaire donne lecture des envois adressés à la Société et comprenant les livres et revues spéciales de Paris, de province et de l'étranger;

3^o Résumé des travaux de l'année. — M. le Secrétaire expose le résumé des travaux dont la Société a eu à s'occuper à propos de la pathologie et de la physiologie des organes de l'ouïe, de la voix et de l'olfaction;

4^o *Observation de Laryngite hémorrhagique*. M. GAREL lit son mémoire sur ce sujet (1).

M. POYET se demande si l'observation présentée par notre confrère est bien une laryngite hémorrhagique; il ne voit pas que M. Garel ait constaté du côté du larynx de rupture de vaisseaux, de lésions de la muqueuse, de toux violente, qui aient pu déterminer un écoulement de sang. M. Garel a au contraire fait connaître un état grave du côté du cœur et des vaisseaux qui peut seul être la cause première d'hémorrhagies disséminées et dont le sang se serait coagulé dans le larynx. M. Poyet croit que l'hémorrhagie était la suite d'une diapedèse et non d'une laryngite. Strübing dans ses observations dit que les cordes vocales rouges et enflammées présentaient des points noirâtres par où l'écoulement du sang avait dû se faire.

(2) Voir page 248.

M. DELIE est de l'avis de son collègue M. Poyet. Il y a ici un état général qui domine et la laryngite est tout à fait secondaire; il ne voit pas du reste que le larynx du malade ait présenté une dégénérescence de la muqueuse.

Je ne puis, dit M. Delie, comprendre dans les laryngites hémorrhagiques le cas énoncé par notre estimable confrère. Il est essentiel de ne pas confondre les hémorrhagies ou transsudations sanguines se manifestant dans tous les organes sous la dépendance d'une altération profonde du sang, avec les inflammations du larynx, assez violentes pour amener une rupture vasculaire locale, superficielle ou profonde des ramifications artérielles laryngées. Les caillots de sang que l'on rencontre sur et entre les cordes vocales chez des malades expectorant le sang et atteints d'albuminurie chronique, de cirrhose, de scorbut, etc., proviennent des voies respiratoires profondes; le sang s'est arrêté au passage et, la nuit pendant le sommeil et le repos du larynx, il s'est pris en coagulum sur le bord libre et la face inférieure des cordes vocales. Dans la majorité des cas la transsudation sanguine est minime à la surface même de la muqueuse laryngée.

M. MOURE partage l'opinion du précédent orateur. Dans l'observation de notre confrère M. Garel, il s'agit d'hémorrhagies autant laryngienne que trachéale, nasale, etc., et les caillots se sont fixés sur les cordes vocales comme ils s'étaient formés dans les fosses nasales.

Il cite le cas d'un chanteur chez lequel il y eut rupture vasculaire pendant un effort vocal. A l'examen laryngoscopique, M. Moure trouva une véritable hémorrhagie qui s'était produite au-dessous de la muqueuse de la corde vocale gauche; cette muqueuse était absolument rouge, ecchymotique.

Dans un autre cas, il se produisit une hémorrhagie laryngée à la suite de pulvérisations d'alun.

M. MOURA ne pense pas que l'on puisse affirmer l'existence d'une hémorrhagie laryngée par la seule présence de caillots sur les diverses parties de la cavité du larynx. Il faut avant tout établir le point ou la lésion qui donne lieu à l'écoule-

ment, et pour cela le larynx a besoin d'être débarrassé des caillots.

M. Moura a observé deux cas d'hémorrhagie laryngée; dans l'un le sang s'écoulait ou plutôt suintait du ventricule gauche, et dans l'autre d'une ulcération profonde qui, après avoir détruit la muqueuse, avait atteint le cartilage du thyroïde immédiatement au-dessus de la commissure des lèvres de la glotte.

M. JOAL ne croit pas que la dénomination de laryngite hémorrhagique s'applique au cas cité par le Dr Garel. En effet, le terme laryngite suppose des accidents inflammatoires qui ne sont pas indiqués dans l'observation. La laryngite hémorrhagique comporte des phénomènes inflammatoires suraigus, avec rupture vasculaire et taches ecchymotiques comme on le voit chez les chanteurs à la suite de grands efforts de voix.

Dans le cas présent, il s'agit d'un état général; l'hémorrhagie n'est pas le fait de l'inflammation, mais bien d'une déchéance organique.

M. VACHER. Pour se servir du mot hémorrhagie laryngée ou de laryngite hémorrhagique, je pense qu'il faut une affection locale typique. D'un autre côté, pour répondre à l'objection de M. Moura, il ne voit pas trop comment on pourrait s'assurer de l'état du larynx lorsque celui-ci est recouvert de caillots adhérents; provoquer l'expulsion de ces caillots ou les enlever, lui paraît un moyen dangereux.

M GAREL répond que dans le cas présent, il y a eu véritable laryngite hémorrhagique, car l'issue du sang a eu lieu nettement au niveau du larynx, et non seulement sur les cordes vocales mais encore sur la muqueuse des aryténoïdes et de l'épiglotte. Après la disparition des caillots, il a pu constater des marbrures à teintes opalines sur les points qu'ils avaient occupés.

M. Garel admet qu'on peut observer des hémorrhagies par le larynx à la suite d'efforts de voix dans le cours d'une laryngite aiguë, après les quintes de coqueluche, etc.; mais

le plus souvent, suivant lui, ce sont des hémorrhagies qui ne donnent pas lieu à l'ensemble des symptômes qu'il a signalés et qui ne peuvent durer longtemps. L'influence de l'état du système vasculaire du malade doit absolument entrer en ligne de compte dans les cas de laryngite hémorragique; les autres cas méritent plutôt le titre d'hémorrhagie par le larynx.

5° Traitement du catarrhe du sinus maxillaire,
par M. SCHIFFERS, de Liège (1).

M. BARATOUX croit que le catarrhe du sinus maxillaire a le plus souvent pour cause la carie dentaire.

M. CHATELLIER partage la manière de voir de M. Schiffers et pense qu'on ne peut pas attribuer uniquement à une carie dentaire, l'affection signalée. Il a eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet mort de péricardite avec épanchement, dans le service de M. Gouguenheim; il était en même temps atteint d'un véritable ozène qui, de son vivant, exhalait une odeur repoussante. A l'autopsie on trouva une largeur exagérée des fosses nasales, des cornets inférieurs petits, les sinus sphénoïdaux et l'antre d'Highmore gauche pleins de pus; ce pus n'avait aucune odeur rappelant celle de l'ozène. Il n'y avait pas d'ulcérations dans les fosses nasales.

M. NOUET. — Le catarrhe du sinus maxillaire peut être consécutif à une inflammation de la muqueuse nasale; mais il est souvent provoqué par des lésions alvéolo-dentaires.

Il a vu, l'année dernière, un cas dans lequel il a suffi d'arracher une petite molaire très cariée pour permettre l'écoulement du liquide contenu dans le sinus. Des injections antiseptiques furent pratiquées par l'ouverture ainsi faite et la maladie guérit assez rapidement.

M. GAREL dit avoir eu à soigner un cas d'obstruction nasale par polypes avec suppuration infecte et continue. Il conseilla à sa malade l'extraction d'une dent cariée et la suppuration s'arrêta.

(1) Sera publié.

M. BOUCHERON rappelle, à l'occasion de la communication de notre confrère de Liège, l'histoire de Louis XIV qui était atteint d'une carie dentaire suppurante et contre laquelle son chirurgien employa, avec succès, le fer rouge. Il a publié un cas de déformation très étendue de la voûte palatine dû à une ancienne inflammation du sinus maxillaire; l'inflammation avait formé un kyste énorme qui avait disjoint le plancher des fosses nasales de la voûte du palais; elle remontait à plus de vingt ans. La tumeur fut ouverte et le malade vidait lui-même son kyste.

M. GELLÉ résumant la discussion, dit, qu'il est évident qu'il y a plusieurs modes de causalité : tantôt l'origine dentaire est indéniable, c'est le cas le plus ordinaire; tantôt ce sont les appareils prothétiques, ainsi qu'il l'a observé sur un de ses malades, et les opérations nécessitées par la carie dentaire quand elles sont multiples.

M. VACHER pense que cette inflammation de l'antre d'Highmore peut être causée par de violents coryzas.

M. POYET trouve que l'irrigation des sinus est plus facile par l'ouverture du maxillaire que par leur orifice dans le méat nasal.

M. SCHIFFERS répond à ses confrères et donne ses conclusions.

Nous ne contestons pas, dit-il, l'origine dentaire de l'inflammation des sinus; nous savons très bien qu'elle existe et qu'elle a été constatée avant l'existence de la Rhinoscopie. La question est de savoir si l'origine nasale n'est pas plus fréquente. Nous pensons que cette dernière se rencontre plus souvent, étant donnés, comme nous l'avons dit, les cas fréquents de carie dentaire et la rareté relative de leur complication par l'inflammation du sinus. L'odeur fétide exhalée par le malade n'est pas un signe de cette inflammation, elle peut provenir de la bouche seule; le pus peut aussi avoir son origine uniquement dans l'alvéole.

Nous insistons de nouveau sur la nécessité d'un examen

rhinoscopique pour poser le diagnostic. L'écoulement purulent, dans le nez, sort du méat moyen; il est unilatéral et intermittent. Il est évident que lorsque la carie dentaire est prononcée et qu'il existe de l'ostéo-périostite, l'ouverture chirurgicale par l'alvéole est indiquée. Elle peut du reste se faire spontanément en pareil cas.

M. BARATOUX a observé treize cas d'inflammation des sinus, dus à la carie dentaire et il a constaté la présence de pus concret au niveau de l'antre d'Highmore.

Les dentistes soignent d'habitude ces maladies; ils enlèvent les racines cariées, font le lavage du sinus par des injections au fond des alvéoles perforé et guérissent très bien leurs malades.

M. GOUGUENHEIM croit que notre confrère M. Schiffers a attribué aux rhinites une influence trop exclusive sur la production du catarrhe des sinus maxillaires. Les affections dentaires jouent aussi un certain rôle dans la pathogénie de ces affections que les dentistes observent quelquefois dans leur pratique. Aussi un certain nombre de ces cas échappent à l'observation des spécialistes des maladies de la gorge et du nez.

6^e Considérations cliniques sur l'obstruction de la trompe d'Eustache, par M. MIOT (1).

M. BOUCHERON demande à M. Miot si la trompe d'Eustache, après l'électrolyse, est restée largement ouverte et combien de temps la guérison a duré.

M. MIOT répond que la trompe est restée facilement perméable après l'emploi de l'électrolyse et qu'il n'y a pas eu de rétrécissement consécutif; la preuve en est dans la facilité avec laquelle l'insufflation d'air pénétrait dans la caisse par l'emploi du Valsalva qui donnait au manomètre une pression de 60 grammes.

Le 17 février, le malade a été revu par M. Miot qui a constaté que la trompe était perméable à une pression aussi faible.

M. MOURN pense que pour attribuer le succès obtenu à

(1) Sera publié.

l'électrolyse, M. Miot n'aurait pas dû faire usage de la cocaïne. La rétraction de la muqueuse produite par les instillations des solutions de ce sel pouvait en effet rendre la trompe perméable et aider à la guérison du malade.

M. Miot dit qu'il a fait usage pendant la première semaine de la cocaïne, de bougies, et qu'ayant échoué, il a eu recours à d'autres moyens.

M. BARATOUX observe que l'électrolyse est suivie de rétrécissements aussi bien que la galvanocaustique, quoique le courant soit très faible et de 1 à 2 minutes de durée ; il se produit même quelquefois plusieurs mois après.

M. Miot répond que les rétrécissements surviennent après l'emploi de la galvanocaustique chimique quand on l'a fait trop profondément.

7° Observation d'Otite moyenne subaiguë, granulie aiguë, mort, par M. MÉNIÈRE.

Le 17 juillet 1885, M. X..., d'Épernay, se présentait chez moi et me demandait de partir au plus vite avec lui pour voir son fils qui souffrait horriblement depuis trois jours d'une maladie de l'oreille gauche. Ce Monsieur m'apportait une lettre de son médecin, M. le Dr Palle, me donnant quelques renseignements sur l'état de l'enfant qui avait du frisson, de la fièvre et des vomissements.

Je partis le soir même.

Voici cette intéressante observation, que j'ai complétée avec les documents envoyés tous les deux jours par mon honorable confrère :

Le jeune X..., huit ans, d'apparence assez délicate, a eu, en 1882, une fièvre typhoïde fort grave, au cours de laquelle se déclara une otite moyenne suppurée. Le Dr Palle constata, après la convalescence la présence d'une excroissance polypiforme, qui a disparu dans la suite, paraît-il.

Un écoulement fétide s'est produit à maintes reprises, et

n'a été combattu que par des injections d'eau et de borax. Cet état se continua avec des intermittences de mieux, lorsque le 13 juillet 1885 des douleurs atroces se manifestèrent dans l'oreille gauche et dans toute la région voisine, accompagnés de fièvre, de vomissements et actuellement de frissons à retours irréguliers.

Le D^r Palle croit à une suppuration de la caisse du tympan avec propagation du côté des méninges; c'est ce qu'il me mande dans sa première lettre.

J'arrive à Épernay à onze heures du soir. L'enfant est dans son lit; son facies indique la souffrance; le pouls bat 115 et la température est de 39° 6. Les douleurs partent du fond de l'oreille G, et se ramifient dans tout le côté correspondant de la tête; elles sont lancinantes avec de très courts moments d'arrêt.

Le D^r Palle m'assure n'avoir trouvé aucun autre symptôme de maladie locale ou générale. L'examen de l'oreille laisse voir un conduit auditif de dimensions normales; mais le tympan est d'un gris plombé, tirant un peu sur le rouge, et sa convexité en dehors est très nettement marquée. Je ne vois ni suintement, ni perforation.

Je diagnostiquai une otite moyenne subaiguë, mais les frissons irréguliers et la température (39° 6) me semblaient des symptômes bien accentués pour une simple inflammation de l'oreille moyenne. Je craignais comme mon confrère, le D^r Palle, une poussée du côté des méninges, et nous fûmes très réservés pour le pronostic.

Je proposai de faire de suite des applications de pointes de feu avec le thermo-cautère, derrière l'oreille malade, puis une incision sur toute l'étendue du tympan, et enfin un large vésicatoire bien camphré, en forme de croissant sur l'apophyse mastoïde.

Mon confrère étant d'accord avec moi, je me mis immédiatement à l'œuvre. Je crus devoir prévenir la famille qu'il était possible qu'il ne s'écoulât point de pus après la paracentèse. Mon but était d'ouvrir une voie de dégagement absolument utile dans tous les cas.

Il s'écoula un peu de sang, mais pas de pus. Je fis ensuite

donner un bain d'oreille en versant une cuillerée d'eau de tilleul chaude additionnée de 8 gouttes de laudanum. Ce bain devait durer quinze minutes et être renouvelé toutes les heures.

Je mis 20 pointes de feu; puis j'appliquai le vésicatoire vers minuit.

A une heure et demie, l'état était sensiblement le même, mais la douleur un peu plus supportable.

A six heures du matin, avant mon départ, je me rendis auprès de mon petit malade, et je fus surpris, je l'avoue, de le trouver relativement très bien. Pouls, 84; température, 37 degrés; les douleurs sont insignifiantes, l'enfant se sent très soulagé.

En quittant Épernay, je dis à la famille que tout en ne voyant pas de danger réel immédiat, je ne pouvais m'empêcher de considérer l'état du malade comme très sérieux. Je ne leur cachai pas qu'il pouvait survenir des complications, mais qu'elles n'étaient point certaines; j'ajoutai enfin que la détente qui s'était produite le matin permettait d'espérer un retour à la santé.

Il fut convenu avec le Dr Palle que les bains d'oreille au laudanum seraient continués, et qu'il ferait prendre du sulfate de quinine. Des injections antiseptiques devaient être données trois fois par jour.

Je partis assez inquiet, frappé surtout par la température élevée observée la veille au soir.

Je continue l'observation en transcrivant les lettres que le Dr Palle m'envoyait tous les deux jours.

19 juillet. — « Peu d'instantanés après votre départ, une épistaxis assez abondante s'est produite; du sang a été dégluti et rejeté vingt-quatre heures après, par vomissements à l'état de caillots incomplètement digérés.

» Il ne me paraît pas douteux que ce sang provienne de l'oreille et qu'il ait été amené par la trompe dans les fosses nasales. Quelle est l'origine? Ulcération de la jugulaire? (1) J'ai fait remarquer aux parents combien avait été

(1) Ce sang était fourni simplement par l'épistaxis.

utile cette section chirurgicale qui avait amené la sédation observée, hier, et la chute du thermomètre de 39°7 à 37°4, et le pouls à 78. Bref si je ne suis pas sans appréhension, je n'ai perdu ni confiance, ni espoir. Je donne du perchlorure de fer en potion. »

21 juillet. — « La situation du jeune X... se modifie peu. Toute hémorrhagie a cessé, mais la fièvre subit des oscillations; pouls, 72 à 120 et température 37° à 40° avec frissons intermittents et rémissions des douleurs épicroaniennes.

» Il en est de même de l'écoulement purulent de l'oreille qui tantôt a une odeur très forte, tantôt n'en a pas.

» Les deux vésicatoires ordonnés par vous ont bien pris. Au sulfate de quinine j'ai substitué l'aconit; 25 grammes d'huile de ricin.

» Un phénomène important s'est produit ce matin; l'enfant entend de l'oreille malade, et il en éprouve une vive satisfaction. L'intelligence est nette, les méninges sont respectées. Je maintiens notre pronostic : situation grave, toujours entourée de périls, mais permettant cependant d'espérer une heureuse solution.

» Merci pour les conseils que vous voulez bien me donner ce matin; vous me trouverez disposé à les réclamer et à les suivre. »

24 juillet. — « Je n'ai que de mauvaises nouvelles à vous donner. Les *accidents auriculaires* s'ils existent encore *sont noyés* dans un ensemble d'*accidents généraux* qui dominent la situation.

» Fièvre continue; température 39 à 40 degrés; pouls 115 à 130; langue sèche, subdelirium, tympanisme, constipation opiniâtre, oppression, sensation de chaleur et d'angoisse précordiales, diminution du murmure respiratoire, respiration rude et saccadée; quelques râles disséminés; depuis ce matin, vaste bruit de souffle dans le tiers supérieur du poumon gauche, en arrière. Bref, aspect typhoïde.

» Un de mes distingués confrères de Reims qui m'a été adjoint, croit à une nouvelle fièvre typhoïde, à laquelle je voudrais bien croire aussi, mais je me sens invinciblement porté vers le diagnostic *granulie*.

» Cette maladie explique tout : invasion par l'oreille malade, sédation momentanée par l'ouverture du tympan et par l'épistaxis qui s'est montrée le lendemain, persistance et aggravation du mouvement fébrile par suite de la prolifération générale des tubercules. »

» Combien je voudrais me tromper... etc. »

29 juillet. — « Le jeune X... a succombé la nuit dernière au milieu d'accidents qui confirment pleinement le diagnostic que je vous soumettais dans ma dernière lettre; *granulie*. »

Cette observation est fort curieuse; malheureusement nous n'avons pu faire l'autopsie qui aurait eu, je le crois, un intérêt considérable. Je ne doute pas que de pareils faits ne se soient déjà présentés; mais ils passent inaperçus lorsque l'état général est par lui-même si grave.

Voici un sujet dont les parents sont en excellente santé; il n'y a jamais eu de tuberculeux dans sa famille. La santé de cet enfant ne présentait rien de particulier depuis sa fièvre typhoïde, remontant à trois ans. Il ne lui était resté qu'une otorrhée chronique fort modérée, puisque depuis quelques mois elle semblait arrêtée.

Tout à coup des accidents inflammatoires surgissent brusquement dans l'oreille autrefois malade.

Mon examen au troisième jour me laisse voir un tympan hypérémié mais sans la moindre perforation visible. Cette otite moyenne est tellement violente et s'accompagne de symptômes tels que le médecin désire avoir l'opinion d'un otologiste.

A ce moment, aucun phénomène ne pouvait nous mettre sur la voie et nous faire penser à une phtisie aiguë granuleuse. L'état morbide paraissait localisé dans l'oreille moyenne; seules, la fièvre et surtout la température ne laissaient point que de nous inquiéter le Dr Palle et moi.

Je dois avouer cependant que la rémission si manifeste observée le lendemain, après les moyens thérapeutiques énergiques qui avaient été employés, avait effacé un instant l'impression que j'avais ressentie tout d'abord.

Mais quelle rapidité dans la marche de la maladie! Le 21 (quatre jours après la consultation), l'état est sensiblement le même.

Le 23, il y a de l'aggravation, et le Dr Palle me mande le 24 que le confrère de Reims qui a été appelé, croit à une deuxième fièvre typhoïde, tandis que lui ne peut s'empêcher de redouter une granulie aiguë. Le 29 tout était fini.

La phtisie aiguë granuleuse dont l'otite moyenne subaiguë a été le symptôme initial, a donc évolué approximativement du 14 juillet au 29.

Je n'ai pas à discuter ici la pathogénie de la tuberculose et de ses manifestations diverses, si multiples, car on connaît les travaux de Bayle, de Laënnec, Louis, etc.

Je constate simplement que l'oreille peut, dans certains cas, être le siège primitif d'une lésion pouvant se généraliser avec une rapidité incroyable et amener la mort dans un très court délai.

La tuberculose miliaire avait-elle déjà envahi les poumons, alors qu'aucune manifestation n'avait pu appeler l'attention d'un médecin soigneux et fort consciencieux? L'oreille gauche a-t-elle été prise parce qu'elle avait déjà été malade antérieurement?

La chose est possible.

L'invasion a-t-elle débuté par la caisse du tympan? C'est tout aussi possible et, dans le cas actuel, c'est probable.

L'état fébrile avec frissons intermittents, les hautes températures observées semblent indiquer, d'après ce qu'admettait Fournet, qu'il s'est produit des éruptions granuleuses survenant à des intervalles très rapprochés.

Sous le titre de rhumatisme articulaire à début auriculaire, j'ai donné il y a quelque temps à la Société d'otologie la relation d'un cas intéressant d'otite moyenne datant de quatre jours et disparaissant complètement le cinquième jour lorsque se manifesta un rhumatisme arti-

culaire aigu ayant envahi les épaules et les coudes. C'est une variété d'invasion auriculaire.

Maintenant que la plupart des otologistes ne sont plus seulement des spécialistes mais encore des médecins ayant de sérieuses connaissances en clinique, ces faits qui pouvaient passer inaperçus seront relevés et éclaireront le diagnostic dans des cas douteux.

En somme il résulte de ces observations qu'il faut être fort réservé dans le pronostic et ne pas regarder comme des affections purement locales ces inflammations aiguës de l'oreille moyenne qui peuvent dans certains cas être la première étape d'une maladie générale dont l'invasion a lieu par l'oreille.

M. MIOT demande quelques explications sur le terme de *granulie aiguë* employé par son honorable confrère, car l'inflammation des sinus mastoïdiens suffit pour expliquer la mort du malade.

M. MÉNIÈRE dit que ce diagnostic avait été établi par les médecins qui avaient donné leurs soins au malade ; quant à lui, appelé à soigner les oreilles, il n'avait pas eu à donner son avis sur l'état général. Le malade avait eu la fièvre typhoïde autrefois, et l'on avait cru un instant avoir de nouveau affaire à une seconde fièvre typhoïde. M. Ménière croit que l'otite a été la porte d'entrée de la granulie aiguë, car le malade fut enlevé en quatorze jours par la tuberculose pulmonaire aiguë.

M. GELLÉ demande s'il y a eu une otite antérieure et si, au moment où M. Ménière a vu le malade, il n'y avait pas de gonflement inflammatoire du faisceau vasculo-nerveux carotidien.

M. MÉNIÈRE répond qu'il n'a trouvé ni le gonflement dont parle M. Gellé, ni l'état inflammatoire de la gorge, ni suppuration, ni perforation de la membrane du tympan.

M. GELLÉ est persuadé que, dans le cas rapporté par son confrère, il existait un état pathologique antérieur grave ; il

croit que c'est un état aigu enté sur une otite chronique indolente. La température élevée, 39°, les frissons constatés par M. Ménière, sont, quant à lui, les indices d'une affection plus profonde, plus générale, d'une sorte de panotite en un mot.

M. Mior est d'avis que l'inflammation a gagné les cellules mastoïdiennes et envahi les sinus.

Séance du 14 avril, neuf heures et demie du matin.

Présidence de M. GUGUENHEIM.

M. le Président ouvre la séance et soumet au vote de l'assemblée la nomination de M. le docteur Ruault, de Paris, présenté par MM. Baratoux et Moure, et celle de M. le docteur Sheridan, de Montréal, présenté par MM. Baratoux et Moura.

Cette nomination est adoptée.

7^e Cédant ensuite le fauteuil de la présidence à M. Garel, vice-président, il donne lecture et communication de son travail intitulé : *Glottes supplémentaires*.

M. MOURE observe que le titre de la communication aurait dû être : *cordes vocales supplémentaires* et non *glottes*, la glotte étant un espace vide compris entre les vraies cordes vocales et ne pouvant donner lieu à des vibrations.

« Nous avons tous eu l'occasion, dit-il, d'observer des malades comme celui dont parle M. Gouguenheim. Plusieurs fois, j'en ai rencontré qui, n'ayant plus de cordes vocales, parlaient à l'aide de bandes ventriculaires suppléant en quelque sorte les vraies lèvres de la glotte; la voix était rauque mais sonore. »

M. GUGUENHEIM a déjà signalé en commençant sa lecture le défaut d'exactitude de l'expression, *glotte supplémentaire*, puisque les cordes vocales inférieures ne peuvent être suppléées par aucune autre partie du larynx.

M. MOURA dit que l'on a assez souvent des cas dans lesquels les replis supérieurs et même des productions cicatri-

cielles permettent, à défaut des vraies lèvres vocales, de parler, de faire entendre une certaine voix; mais cette voix n'est pas celle qui donne une série ascendante ou descendante de sons. Ces fausses cordes sont susceptibles de vibrer comme des lèvres; elles communiquent à la voix un timbre bas, jamais élevé. Leurs vibrations sont des vibrations d'emprunt presque toujours.

M. VACHER comprend sous le nom glotte non seulement l'intervalle qui sépare les cordes vocales inférieures mais aussi le bord libre de ces cordes. Il n'admet pas que celles-ci puissent être suppléées comme cordes vibrantes et sonores. La voix se compose d'une série de notes ascendantes et descendantes engendrées par les vibrations des replis inférieurs de la glotte.

M. GOUGUENHEIM répondant à M. Vacher dit que le malade qu'il a observé pouvait monter la gamme dans l'étendue d'une octave, mais il ne l'a pas examiné au point de vue des registres; il lui semble inadmissible que les cordes vocales supérieures aient pu, par leur vibration, dans ce cas particulier, engendrer les sons qui étaient produits. Il admet volontiers, avec son confrère, que des bruits peuvent être émis par d'autres parties que par les cordes vocales inférieures, mais il n'accepte pas, comme le veulent MM. Moure et Joal, que les notes supérieures musicales de la voix puissent être attribuées au fonctionnement d'un organe déformé ne pouvant donner que des sons informes.

M. JOAL admet, comme M. Moure, que les replis supérieurs peuvent vibrer dans certaines circonstances quoique les replis inférieurs soient détruits. Le fait cité par M. Gouguenheim n'est pas une rareté pathologique. On voit de temps à autre des malades qui ont les cordes vocales inférieures détruites par le processus tuberculeux ou syphilitique produire des sons vocaux par le rapprochement des cordes vocales supérieures. J'ai parfaitement observé le phénomène tout récemment chez un malade que j'avais l'intention de présenter à la Société; ce malade a été examiné par plusieurs médecins qui avaient suc-

cessivement diagnostiqué : *Syphilis, Epithélioma, Tuberculose*. Les cordes vocales inférieures étaient totalement détruites ; lorsqu'il n'y a pas de poussée inflammatoire, le malade parle avec une voix très grave ; s'il survient des phénomènes aigus, il parle avec une voix de fausset. Pendant la phonation on voit très bien les cordes vocales supérieures se rapprocher.

8° Otorrhée compliquée, par M. DELIE, d'Ypres (1).

M. GELLÉ. — L'observation si intéressante que l'on vient d'entendre lui fournit l'occasion d'appeler l'attention de ses collègues sur le danger de l'allaitement dans le cas d'anciennes affections suppuratives des oreilles. Il n'est pas douteux que chez la malade de M. Delie, les fatigues et les dépenses de l'organisme, liées à l'allaitement, ont contribué à réveiller la vieille affection auriculaire et déterminé une poussée diathésique nouvelle sur ce mauvais terrain. Une femme atteinte d'otorrhée grave dans le jeune âge, otorrhée que la menstruation a toujours augmentée et que la grossesse a manifestement aggravée, ne doit pas être sollicitée à donner le sein.

J'ai déjà plusieurs exemples des complications les plus graves survenues dans ces conditions. Tout récemment, j'ai assisté à l'évolution fatale des complications cérébrales méningées et vasculaires que vient de nous décrire M. Delie. Une jeune femme de trente ans allaitant son enfant de trois mois mourut en huit jours ; elle avait de l'otorrhée des deux côtés et l'examen fait pendant la crise terminale a montré l'existence de lésions profondes : l'absence des tympanes et des osselets, le rocher à nu, le stylet touchant la paroi osseuse labyrinthique dénudée.

Pendant vingt ans, cette femme avait à peine eu à s'occuper d'un écoulement extrêmement peu abondant et passager.

M. NOUET se demande si dans les faits cités il n'y avait pas lésion de l'apophyse mastoïde ? Il a observé que des phénomènes douloureux se manifestent dans cette région et que la trépanation, en permettant l'écoulement de la suppuration, amène la guérison.

(2) Voir page 234.

M. DELIS répond qu'il n'a rien observé du côté de l'apophyse, ni douleur, ni engorgement, ni ganglions. Pour procéder à la trépanation, il eût fallu des indications qui faisaient défaut. Il a eu l'occasion de faire cette opération sur un malade qui fut guéri peu de jours après. Mais dans le cas présent, il n'y avait aucun symptôme morbide du côté de l'apophyse mastoïde. Il n'a pas eu à regretter de n'avoir pas opéré; il n'aurait pas sauvé le malade, car l'inflammation résidait dans la paroi osseuse supérieure du conduit auditif externe.

9° Classification des muscles du larynx, par M. MOURE (1).

10° Observation de chancre induré de la fosse nasale droite, par M. MOURE, de Bordeaux (2).

M. POYET croit devoir faire des réserves à propos du volume du chancre observé par M. Moure. Il n'a pas connaissance d'une transformation semblable et il se demande si cette tumeur était bien cette petite ulcération indurée, connue de tous, qui ne dure souvent que quelques jours et qui aurait, dans le cas présent, formé tumeur.

M. MOURE répond que le fait du bourgeonnement du chancre des muqueuses n'est pas rare; il l'a constaté sur les lèvres et sur l'amygdale; quant à l'apparition des accidents secondaires avant la disparition du chancre, c'est là un fait assez commun.

M. BOUCHERON. — Le chancre des muqueuses sous forme d'ulcérations, de plaques, acquiert en effet parfois le volume d'une tumeur; il faut tenir compte de ce développement au point de vue du diagnostic.

M. NOQUET a constaté cet aspect du chancre sur la muqueuse du prépuce.

M. GOUGUENHEIM demande à M. Moure s'il y avait de l'induration dans le cas qu'il a présenté; il n'en a pas entendu

(1) Sera publié.

(2) Sera publié.

parler dans son observation. Il appuie la remarque faite par son collègue, M. Poyet, quant à la durée éphémère de l'ulcération primitive.

M. MOURE répond que le chancre étant situé sur la cloison, c'est-à-dire un plan fibro-cartilagineux, il était impossible de constater l'induration dont l'existence était sans grande valeur dans ce cas. Il ajoute avoir dit que la tumeur était lardacée et la consistance assez dure, rénitente.

M. GOUQUENHEIM convient de la difficulté de cette constatation ; il ajoute que ce symptôme peut quelquefois être perçu dans une sphère assez étendue et que sa constatation aurait pu servir au diagnostic. Comme M. Moure, il reconnaît que la coïncidence des accidents secondaires n'a rien de surprenant, l'accident primitif étant déjà ancien.

11° **Tumeur du corps thyroïde**, par M. le Dr AIGRE, de Boulogne-sur-mer (1).

12° **Présentation d'instrument : Fraise pour le raclage des cordes vocales**, par M. GAREL, de Lyon.

Nous connaissons tous combien il est souvent difficile d'obtenir la disparition de l'hyperplasie chronique des cordes vocales par les moyens ordinaires. Badigeonnages au pinceau, caustiques solides ou liquides, pulvérisations, etc., sont souvent d'une inefficacité remarquable. Et pourtant, quand on aperçoit sur une corde vocale une plaque rougeâtre, plus ou moins étendue, la première idée qui surgit est de trouver le moyen d'extraire cette nappe inflammatoire, d'épaisseur variable, par un procédé rapide.

Le professeur Labus, de Milan, en 1880 a publié une brochure intitulée : *Sullo scorticamento delle corde vocali* (*décortication des cordes vocales*). Dans cette note, il préconise la décortication des cordes à l'aide des petites pinces à polype de Türk, à mors horizontaux, dirigés

(1) Sera publié.

d'arrière en avant. Il déclare que cette méthode est inoffensive et donne rapidement des guérisons durables.

C'est pour lui la meilleure méthode de traitement de l'inflammation chronique de la muqueuse des cordes. Il cite à l'appui plusieurs cas de guérison chez des chanteurs italiens et français.

L'idée du professeur Labus était excellente, mais nous croyons que l'opération pratiquée à l'aide de la pince à polype ne doit pas être le dernier mot sur la question. En 1884, nous avions déjà cherché à construire à cet effet une sorte de sonde laryngée terminée par un bouton d'acier taillé en râpe à son extrémité inférieure. Cet instrument n'était pas d'un emploi très commode et ne pouvait être appliqué qu'à des cas limités.

En 1885-86, dans le Tome V des *Archivii Italiani di laringologia*, le Dr Giulio Masini a publié un article ayant pour titre : *Il Raschiamento delle corde vocali*.

Dans son mémoire, l'auteur est profondément étonné de ce que le professeur Labus ayant publié ses expériences depuis cinq ans, personne n'ait plus ouvert la bouche sur la question, ni publié une seule observation. Il ajoute même qu'il est étrange qu'aucun étranger n'ait eu l'idée de copier exactement la méthode indiquée et de la donner comme sienne et comme chose nouvelle, comme cela arrive fréquemment et comme le professeur Labus en sait quelque chose au sujet de son laryngofantôme.

Il paraît, d'après cette phrase, que les revendications du professeur Labus à notre égard ne sont point encore éteintes.

Nous nous contenterons de rappeler au Dr Masini que nous n'avions jamais omis dans aucune publication, au sujet de notre mannequin laryngoscopique, de distinguer les points appartenant à M. Labus de ceux nous appartenant d'une façon absolument personnelle. Ceci soit dit en passant pour répondre à cette critique plus ou moins risquée des confrères étrangers, critique qui n'avait que faire dans une question de raclage des cordes vocales.

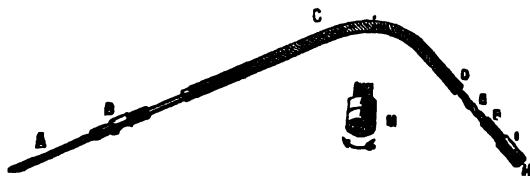
Nous revenons donc à la partie substantielle du mémoire de M. Masini. L'auteur déclare avec raison que depuis la publication de M. Labus, on peut obtenir la cure radicale de la laryngite catarrhale chronique hyperplasique et que la cocaïne permet d'opérer avec précision et sécurité. Il cite à l'appui deux cas cliniques guéris par ce traitement fort habilement appliqué d'ailleurs.

Il s'est servi également de la pince de Türck ; mais pour le bord des cordes, il a été obligé d'employer la pince de Schrotter.

Nous voyons aussi que le traitement chirurgical de cette forme de laryngite a presque seul une valeur réelle. Mais, étant donné que les tissus pathologiques sont ordinairement plus friables que les tissus normaux, nous croyons qu'il y a avantage à substituer le raclage à la lime ou à la râpe à la décortication avec la pince.

Comme l'action d'une râpe promenée d'avant en arrière et d'arrière en avant sur les cordes vocales n'est pas toujours parfaite, nous avons imaginé et fait construire une sorte de fraise animée d'un mouvement de rotation sur elle-même et montée à la façon d'une vrille.

Quant au raclage des bords des cordes vocales, nous rappellerons que Michæl a construit une lime laryngée parfaitement appropriée à ce but. Les curettes de Gottstein, de Krause sont également utiles.



Description de l'appareil. — L'appareil a été construit sur les mêmes dimensions que les divers appareils qui se fixent sur le manche universel de Störck, ou manche à trois anneaux. Cette disposition est fort heureuse, car elle dispense le chirurgien de posséder un manche spécial à cet instrument.

La figure ci-jointe représente les détails intérieurs. Tout le mécanisme est enfermé dans un tube de métal non représenté sur la figure. Ce tube se visse sur les pièces B et I. L'appareil se fixe sur le manche de Störck : la pièce B fixée par la vis de pression de l'extrémité du manche est ainsi immobilisée. La tige A est saisie par la deuxième vis du manche, c'est-à-dire par la vis mobile faisant corps avec les deux anneaux.

Cette tige A rigide vient s'adapter à une pièce G ou ruban en laiton contourné en spirale. Cette disposition permet les mouvements de va-et-vient commandés par le manche, mouvements qui doivent se passer dans l'intérieur d'un tube coudé.

A l'extrémité du ruban de laiton est soudé un écrou minuscule D qui, grâce à l'immobilité de la pièce I, peut courir de haut en bas et de bas en haut sur une tige d'acier carrée E, spiralée par torsion sur son axe. La tige d'acier traverse la pièce I et se termine par une tête H à l'extrémité de l'instrument.

L'extrémité H est représentée à peu près en grandeur naturelle en M. Sa face inférieure est taillée en râpe fine. Lorsqu'on fait mouvoir le manche à trois anneaux, l'extrémité M exécute un mouvement de rotation sur son axe comme l'indique la flèche de la figure. En aucun cas, la pièce H ne peut se détacher et tomber dans le larynx, car elle est retenue en F par un double écrou (1). L'appareil une fois monté est solide, son mouvement est très doux, à la condition de graisser le mécanisme intérieur à l'aide de quelques gouttes d'huile de pétrole. La seule précaution à prendre consiste dans un nettoyage parfait, après chaque opération ; cela est d'autant plus facile que le démontage s'opère rapidement sans la moindre difficulté. Il est possible, suivant les cas, de donner aux dents de la fraise des dimensions plus ou moins grandes suivant l'épaisseur du tissu dont on doit

(1) Je dois la construction de cet instrument délicat à l'obligeance de M. Lafay, fabricant d'instruments de chirurgie à Lyon.

opérer le raclage. J'insiste encore sur ce point qu'il n'est qu'une addition à la série des instruments variés se montant tous sur le manche universel de Störck.

Comme il y a peu de temps que je possède l'instrument en question, je ne puis donner encore des renseignements absolus sur sa valeur définitive, néanmoins j'ai déjà eu l'occasion de m'en servir quatre ou cinq fois dans des cas d'hyperplasie localisée à une seule corde vocale ; tous mes malades sont encore en traitement ; sur trois, j'ai déjà constaté une notable amélioration de la voix. Chez l'un d'entre eux surtout, dès le premier raclage, j'ai fait disparaître la rougeur de la corde droite sur les deux tiers de sa longueur. Chez une autre également la rougeur de la corde gauche a totalement disparu.

Cet appareil est, je crois, appelé à rendre de grands services, car il pratique le raclage parfait des parties hyperplasiées, beaucoup mieux qu'une simple tige non mobile taillée en râpe à l'extrémité, comme j'avais tenté de le faire tout d'abord. Son mouvement de torsion, son action légère en profondeur rendent l'opération du raclage des cordes vocales facile et inoffensive surtout maintenant que l'on possède l'anesthésie par la cocaïne. Je suis convaincu que dans un grand nombre de cas les professeurs, les chanteurs, en un mot tous ceux qui sont atteints d'hyperplasie des cordes vocales, pourront trouver rapidement une guérison plus ou moins complète grâce à cette opération. Enfin, vu l'importance acquise aujourd'hui par l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée, il est certain que cet appareil facilitera le raclage préliminaire des cordes qui est indispensable avant l'application de ce modificateur puissant.

M. MOURA dit, à propos de cette présentation, qu'il a vu une jeune malade de Bordeaux sur laquelle il eut à faire le raclage des bords de la glotte en 1868. M. Moura avait examiné cette jeune personne en 1865 à Bordeaux même ; elle portait sur la corde vocale gauche, entre la base de l'aryté-

noïde et le ventricule, une tuméfaction d'un rouge vif, peu saillante et se prolongeant sur une partie de la face ventriculaire de cette corde.

« Quelques années après, elle vint à Paris sur le conseil de son médecin, et je trouvai alors toute la glotte remplie d'une quantité de polypes en choux-fleurs. Je confectionnai immédiatement un petit instrument recourbé, à l'aide de deux fils de fer tordus ensemble, et je procédai au raclage. En huit jours la glotte fut débarrassée. Afin d'éviter le retour de pareilles végétations papillomateuses, je portai plusieurs fois une forte solution d'argent sur les parties malades. »

(A suivre.)

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION
DES
OTOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD ET DE LA SUISSE
TENUE A VIENNE LE 11 AVRIL 1887 (1)

M. HEDINGER, de Stuttgart, a présenté un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde.

M. TSCHUDI, chirurgien-major, présente au nom de M. CHIMANI (de Vienne) une grande quantité de rochers intéressants, ayant subi des altérations, qui, la plupart du temps, ont été suivies de **thromboses du sinus**; M. POLITZER vient à ce sujet montrer une pièce semblable.

M. DELSTANCHE (de Bruxelles) fait une communication sur le **rétrécissement du nez** et présente en outre, un appareil analogue à celui de Jurasz pour le *redressement de la cloison*. Des attelles en barbe de baleine et en gutta-percha servent à l'extérieur du nez à donner à cet organe la forme qu'on désire.

M. le Professeur BEZOLD (de Munich) de collaboration avec M. ROHRER (de Zurich) communiquent provisoirement par écrit des résultats statistiques sur l'importance du **procédé de Rinne**.

(1) D'après le *Münchener Medicinische Wochenschrift* n° 16, 19 avril 1887.

M. GRADENIGO (de Padoue) fait une communication sur l'**otite interne primitive**, avec présentation de pièces histologiques *parmi lesquelles une ossification pathologique de la lumière* du premier canal du limaçon est surtout intéressante.

M. POLITZER présente aussi des coupes de semblables préparations provenant du défunt professeur BURCKHARDT-MÉRIAN (de Bâle).

A ce moment, une adresse recouverte de 215 signatures ainsi qu'un portrait à l'huile du professeur POLITZER lui sont remis pour fêter son vingt-cinquième anniversaire comme examinateur et comme professeur toujours dans la même salle de clinique.

M. le professeur URBANTSCHITSCH (de Vienne) fait une communication sur les **troubles de la sensibilité survenant au pourtour de l'oreille dans les cas d'inflammation de la caisse du tympan**.

Il signale les différences considérables qui existent au toucher et à la température entre le côté malade et le côté sain, ainsi que les changements subits qui se produisent à la suite d'une injection d'air au moyen du cathéter ou d'une bougie.

M. BING (de Vienne) présente : 1° un nouvel otoscope pour l'examen de la caisse du tympan ; 2° un second otoscope qui renferme un tube pourvu d'une embouchure par la raréfaction constante de l'air dans l'oreille externe.

M. EITELBERG (de Vienne) fait une communication sur les relations entre le **rachitisme et les maladies de l'oreille dans le jeune âge**.

M. HARTMANN (de Berlin) vante les effets sédatifs et curatifs de la glycérine phéniquée (1/10^e ou 1/20^e) dans l'**inflammation aiguë du tympan et de l'oreille moyenne**, conformément à l'opinion de Bendelack, Hewtson et Leeds.

M. POLLACK (de Vienne) fait une communication : 1° sur des expériences cadavériques pour la production de l'emphysème autour de la trompe d'Eustache, et 2° sur l'ossification de l'anneau cartilagineux externe de l'oreille.

M. PINS (de Vienne) fait une communication sur la perforation du tympan.

M. GOMPERZ (de Vienne) parle de l'emploi de l'antipyrine dans l'otalgie nerveuse et du traitement des granulations de l'oreille moyenne, au moyen de l'électrolyse et de l'excision du tympan.

M. POLITZER fait une communication avec démonstration à l'appui sur un cholestéatome de l'os pétreux; après desquamation de l'épithélium, il se forme des concrétions bulbeuses ayant l'aspect d'un cholestéatome circonscrit dans l'intérieur de la muqueuse et qui sont constituées par de l'épithélium et de la cholestérine. On en a rencontré de différentes grosseurs qui, dans tous les cas, pouvaient amener l'usure de la paroi osseuse. Il présente aussi une préparation d'ulcération de la carotide interne due à une suppuration de nature tuberculeuse de l'oreille moyenne avec hémorrhagie mortelle. Enfin il présente, pour servir aux démonstrations anatomiques, des modèles en plâtre des rapports du tympan avec le marteau et l'enclume.

Il est présenté un cas de terminaison en cul-de-sac de la membrane du tympan dans la caisse de même nom.

M. NATIER.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

Paralyse des muscles orico-aryténoïdiens postérieurs,

par le Dr COUPARD.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade âgé de cinquante-deux ans, auprès duquel il fut appelé pour une affection du larynx de nature indéterminée et remontant à six

semaines. Comme symptômes: enrrouement progressif et finalement aphonie. A l'examen laryngoscopique, M. Coupard constate que dans l'inspiration, les cordes ne s'écartent pas en arrière; au niveau de la pointe de l'apophyse vocale gauche existe une petite ulcération grisâtre, entourée d'un cercle rouge de la grandeur d'une tête d'épingle. Pas de tuméfaction du cou, ni d'engorgement ganglionnaire. Malgré tout, le diagnostic de compression des récurrents par adénopathie syphilitique fut porté et un traitement institué en conséquence. Huit jours après, amélioration, et successivement, la voix reprenait son timbre normal, en même temps que disparaissaient le cornage et l'enrouement. Plus d'oppression ni d'agitation, aspect normal de la glotte et des cordes, (*Journal de Méd. de Paris*, 15 août 1886.) M. NATIER.

Sangsues dans le larynx, par MAISSURIANZ.

Un paysan de cinquante ans se présente à la consultation se plaignant de difficultés de respirer, d'hémoptysie et d'enrouement. Trois semaines auparavant il avait, pendant la nuit, bu de l'eau d'une tasse, et quelque temps après ces symptômes étaient survenus. Le malade supposait qu'il avait une sangsue dans le larynx et, en effet, l'examen laryngoscopique démontra la présence dans un des ventricules de Morgagni d'une sangsue grosse comme un crayon, noir-grisâtre, luisante et se remuant faiblement. On l'enleva par la crico-trachéotomie.

Un garçon de seize ans avait bu dans une mare et avait absorbé deux sangsues: il put retirer l'une de sa bouche, mais l'autre glissa et amena des phénomènes de suffocation: à l'aide de la cocaïne on put l'extirper avec une pince. (*Revue internat. des Sc. méd.*, n° 1, 1887.)

Cas de mutisme hystérique chez l'homme (Leçon de Charcot, recueillie par le Dr Gilles de la TOURETTE).

Dans le mutisme hystérique, le malade n'est pas seulement aphone, il est muet dans la véritable acception du mot. La durée est extrêmement variable; tantôt de quelques heures,

de quelques jours à peine, on l'a vue s'étendre à des mois ou à des années même. La guérison est la règle.

Dans le mutisme hystérique, bien que le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires, qu'il puisse souffler, siffler comme à l'état normal, *il lui est désormais impossible d'articuler un mot même à voix basse, de chuchoter autrement dit*, et même en y portant la plus grande attention, *d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui*. Le malade est donc *muet*, dans l'acception la plus rigoureuse du mot. Il est plus que *muet*, il est *aphone*.

Et cependant le muet hystérique a conservé toutes les ressources de son intelligence ; non seulement il est apte à s'assimiler tout ce qui lui est transmis par l'ouïe et par la vue, mais en outre il possède la possibilité de se faire comprendre par la mimique et aussi de transmettre sa pensée à l'aide de l'écriture. Il présente en outre le plus souvent les stigmates de l'hystérie ; rétrécissement du champ visuel, hémaniesthésie simple ou double, troubles sensoriels divers, anesthésie pharyngée, etc.

Le malade qui fait le principal sujet de cette leçon est un ouvrier âgé de trente-trois ans. Il est muet depuis trois semaines. C'est la seconde attaque de ce genre dont il est atteint. La première, survenue comme celle-ci après une laryngite légère, disparut subitement par l'application du miroir laryngien. Il présente tous les signes que nous venons de décrire comme étant caractéristiques du mutisme hystérique, il faut en excepter cependant chez lui les *stigmates* de l'hystérie qui font défaut. Le mutisme se présente donc, dans ce cas, à titre d'accident solitaire mono-symptomatique. (*Le Progrès Méd.*, 13 novembre 1886.)
Dr CH.

Diagnostic différentiel des végétations syphilitiques et tuberculeuses (*Diagnostico entre las vegetaciones sífilíticas y las tuberculosas*), por el Dr José ROQUER CASADÉUS.

Ces végétations, dit l'auteur, en résumant une longue observation d'un malade atteint de grosses végétations spécifiques, diffèrent quant à leur volume, leur forme, leur

couleur, leur siège d'implantation et les lésions de la muqueuse qui les supporte. Les végétations syphilitiques sont de coloration rosée, s'implantent en un endroit quelconque du larynx, et plus particulièrement sur l'épiglotte, acquièrent un grand développement alors qu'au contraire les productions tuberculeuses sont pâles, d'un volume restreint et s'implantent habituellement sur la muqueuse des aryténoïdes.

Le traitement mercuriel et ioduré n'a eu aucune action sur les végétations du malade objet de l'observation de M. Casadésus. (*Rivista di Laryng.*, etc., n° 4, 1886).

Anévrisme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique, accès de suffocation et hémoptysies prises d'abord pour des accidents de tuberculose pulmonaire et ensuite de syphilis laryngée. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Perforation de la trachée par l'anévrisme, intégrité du larynx et absence de tuberculose du poumon, par le Dr MONNIER.

Le titre de cet article est une véritable analyse de l'observation qui en fait le sujet. Le malade avant d'entrer à l'hôpital avait été examiné au laryngoscope, par un spécialiste qui avait constaté une paralysie complète de la corde gauche et qu'il avait attribuée, soit à une lésion syphilitique, soit à un anévrisme de l'aorte. Le malade, pris d'accès de suffocation, entra à l'hôpital. On ne fit pas l'examen au laryngoscope *par crainte de crise de suffocation*. Ce fut un tort, un examen bien fait ne donne ordinairement pas de crise, et il aurait empêché une trachéotomie inutile dans le cas actuel. Le malade mourut avec tous les symptômes d'asphyxie par engorgement pulmonaire. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 36, 4 septembre 1886.)

Dr J. CH.

Laryngite syphilitique non ulcérée (*Laringopatica sifilitica non ulcerada*), por el Dr BASSOLS PRIM.

A côté des lésions ulcéreuses, condylomateuses, etc., qui se produisent dans le larynx pendant l'évolution de la syphilis, il existe une autre classe de lésions moins profondes qui se manifestent au début de cette affection, et qui altèrent d'une manière plus ou moins persistante le fonctionnement

de cet organe. C'est sur ce point, peu ou mal étudié, assez controversé, que M. Bassols Prim veut attirer l'attention des spécialistes.

Le plus souvent, ce sont des laryngites qui ne se manifestent que par une altération de la voix devenue rauque. Pas de toux, d'expectoration, de douleur dans la déglutition. Cette absence de douleur contraste avec les troubles organiques que l'examen laryngoscopique décèle. L'épiglotte est épaissie, cachant en partie l'orifice glottique, sa muqueuse est rougeâtre, d'apparence sèche et brillante; il en est de même de la muqueuse des cordes vocales. Elles n'ont, en réalité, rien de bien caractéristique et de toutes les altérations spécifiques, ce sont les moins spécifiques. Cela est si vrai que pour elles, plus que pour toutes les autres, les précautions hygiéniques sont nécessaires. De leur stricte observation dépend en partie la guérison, et comme on les néglige d'ordinaire, la persistance des laryngites de cette nature est désespérante. (*Rivista di Laryng.*, n° 4, 1886.)

Note sur les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx, par Henri BARBIER.

Les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx peuvent donner lieu à des symptômes alarmants de suffocation et nécessiter même la trachéotomie. Souvent, en effet, il arrive qu'un enfant, à la suite de rougeole, est pris de dyspnée laryngée; on diagnostique un croup d'emblée et l'enfant est envoyé à l'hôpital dans un pavillon d'isolement. On comprend tout de suite les conséquences d'une semblable erreur.

Le larynx peut être frappé à toutes les périodes de la maladie :

I. *Laryngite précoce de la rougeole.* — Elle est anatomiquement constituée par l'extension à la muqueuse laryngée du catarrhe que l'on observe ordinairement sur les muqueuses oculaire et nasale; symptômes cliniques insignifiants.

II. *Laryngite éruptive et laryngite tardive.* — Avec l'éruption, apparaissent la laryngite érythémateuse et

l'énanthème rubéolique de la muqueuse. En outre des accès compliqués de faux croup, on trouve dans la laryngite du début et dans celle de la période d'éruption, le timbre voilé de la voix, les quintes de toux férine qui sont les signes de l'irritation laryngée. Laryngite intense, ulcérations, œdème, spasmes, tels sont les différents modes de procéder propres à la laryngite rubéolique. Dans un cas observé par M. Descroizilles, la présence d'un abcès périlaryngé avait déterminé de violentes crises de suffocation et nécessité la trachéotomie. M. Barbier croit bon d'attirer l'attention sur la stomatite aphteuse qu'on rencontre parfois dans la rougeole, et qui pour West n'est autre qu'une variété de croup très dange-reuse. Archambault semble rattacher ces aphtes à la diphtérie.

Les laryngites rubéoliques graves, offrent, d'après l'auteur, les caractères suivants :

Début lent ; accès de suffocation rares, inspiration siffiante et pénible ; voix éteinte, mais reparaisant quand les enfants crient ; toux stridente, éraillée ; larynx parfois douloureux à la pression. Elles peuvent nécessiter la trachéotomie, mais les chances de guérison seront plus grandes que dans le croup postrubéolique. Les poussées d'angine et de stomatite aphteuse qui les accompagnent pourront être utiles au diagnostic. Comme lésions, inflammation intense avec exsudation purulente ou ulcérations de la muqueuse, ou enfin abcès périlaryngé. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1886.)

M. NATIER.

Un cas de tumeur intra-trachéale, par les Drs MACKENZIE JOHNSTON
et JOSEPH COTTERIL.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de treize ans, d'une constitution vigoureuse, qui depuis trois mois éprouvait une gêne considérable de la respiration ; elle se présente au Dr Mackenzie le 14 septembre 1885.

A l'examen laryngoscopique, le larynx apparaît normal et largement ouvert, l'épiglotte relevée. En examinant au-dessous des cordes vocales, on aperçoit dans la trachée, en apparence à un pouce, très probablement à un pouce et

de mi au-dessous du cricoïde, une petite masse arrondie du volume d'un noyau de cerise. La tumeur paraît obstruer la lumière tout entière du canal, et s'insérer sur la paroi postérieure, elle paraît ne laisser du côté droit qu'un espace linéaire pour le passage de l'air. Elle paraît sessile. L'introduction d'une sonde dans la trachée pour s'assurer exactement de sa consistance et de son point d'ouverture, occasionne un spasme violent. La tumeur fut enlevée avec succès par la trachéotomie, par le D^r Cotteril. Après l'ablation et la guérison de la plaie trachéale, on ne voit plus dans la trachée à l'examen laryngoscopique la moindre trace de la tumeur. La malade respire très librement. (*Edimb. Med. Journ.*, juin, 1887.)

D^r J. CH.

Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage, par le D^r PFLIMLIN.

L'auteur commence par se défendre de vouloir donner une étude méthodique et complète de l'affection, il ne veut y contribuer que dans une mesure restreinte. Il définit le rétrécissement spasmodique « une constriction plus ou moins complète et durable du conduit pharyngo-œsophagien » et le différencie des rétrécissements engendrés par d'autres causes.

L'auteur, au point de vue pathogénique, rejette comme tout à fait inadmissibles, les théories de Hoffmann et Willis. Il cite l'opinion de Prus qui rangeait les spasmes dans la dépendance du pneumo-gastrique. Meissner et Auerbach font intervenir des plexus ganglionnaires situés dans les parois de l'œsophage. Goltz admet aussi dans l'œsophage, l'existence de plexus ganglionnaires, soumis à l'influence modératrice de la moelle : que cette influence vienne à se supprimer et l'excitabilité des plexus amènera de la contracture des fibres lisses.

Deux sortes de causes peuvent produire le rétrécissement spasmodique : 1° les unes prédisposantes; 2° les autres déterminantes. Les premières, tenant au sujet même ou au milieu dans lequel il vit, sont : le tempérament dit nerveux ou nervosisme avec toutes ses conséquences, l'hérédité,

l'âge, le sexe, le bien-être, l'alcoolisme, les climats froids et une atmosphère chargée d'électricité.

Comme causes déterminantes : les passions tristes, la colère, la peur, certains médicaments, le bol alimentaire, les substances les plus variées, les traumatismes de tout genre. Il cite encore dans le même ordre les rétrécissements sympathiques, consécutifs aux altérations du larynx, des poumons, de l'utérus et de ses annexes, de l'estomac et des intestins.

L'auteur a soin de faire remarquer que les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage reconnaissant des causes multiples, il n'est que juste de penser que l'intervention thérapeutique devra revêtir des formes différentes suivant la cause à laquelle elle s'adressera. Traiter la cause, telle devra donc être la première préoccupation du médecin dans un cas d'œsophagisme, et souvent, en agissant de la sorte, il verra du même coup, l'effet disparaître. Que si la cause ne pouvait être reconnue, ce serait alors au spasme lui-même qu'on s'adresserait par une action toute locale. Deux sortes de moyens peuvent être mis en œuvre contre l'œsophagisme : 1° les moyens médicaux ou pharmaceutiques ; 2° le cathétérisme, remède souverain dans la plupart des cas.

Après dix observations dans lesquelles il s'attache à démontrer l'efficacité du cathétérisme, il revient sur la valeur de ce traitement pour réfuter l'opinion qui veut qu'on sache parfois s'en abstenir. Enfin, il termine par la description du mode opératoire usité pour cathétériser un œsophage. (*Thèse, Paris, 1886, n° 236.*)

M. NATIER.

Conseil pratique sur la trachéotomie (*A practical hint on the performance of tracheotomy*), par le Dr W. L. BRADDON.

Dans la trachéotomie chez les enfants, au lieu de tenir immobile la trachée suivant la méthode ordinaire, qui consiste à tenir ce conduit entre les quatre doigts et le pouce de la main gauche, en tirant légèrement la peau, l'auteur conseille de placer sous la nuque la main aussi largement ouverte que possible et de porter ensuite graduellement les quatre doigts d'une part et le pouce de l'autre de chaque côté de la

trachée. La pression alors ne porte pas directement sur le canal aérien lui-même et l'on n'a pas à craindre d'augmenter ainsi la gêne respiratoire. (*The Lancet*, 20 novembre 1886.)

D^r J. CH.

Contribution à la statistique de la trachéotomie (*Contributo alla statistica della tracheotomia*). par le D^r FRANCESCO EGIDI.

Après avoir décrit la conduite à tenir dans la trachéotomie, l'auteur rapporte neuf observations dans lesquelles il a pratiqué cette opération. Il a eu 4 cas de mort, non de l'opération mais de la maladie qui l'avait nécessitée (diphthérie) et cinq cas de guérison. Dans ces cinq cas, la maladie qui nécessita l'ouverture de la trachée fut le croup 4 fois, et une fois la sténose du larynx déterminée par une infiltration gommeuse de l'organe vocal (*Arch. ital. di laryng.*, anno VI, fasc. 3 et 4.)

D^r J. CH.

Du diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début, par le D^r M. MOUKTAR.

Dans un historique rapide, l'auteur montre que si l'adénopathie trachéo-bronchique est reconnue depuis un temps assez long, sa différenciation avec la tuberculose pulmonaire, est au contraire de date toute récente. Il faut presque arriver aux travaux de Guéneau de Mussy, dont les premiers datent de 1868, et à la thèse inaugurale de Baréty, publiée en 1874, pour voir la question sérieusement étudiée et le diagnostic différentiel établi d'une façon certaine. Il rappelle ensuite, en se fondant sur la thèse de Baréty, la situation topographique des ganglions trachéo-bronchiques et fait remarquer les avantages qu'on retirera de cette connaissance dans les explorations plessimétriques.

La division du sujet comporte trois parties. Dans la première, sont étudiés les signes fournis par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation.

L'inspection de la poitrine, au début, ne saurait guère fournir de signes positifs. La présence d'une voussure sous-claviculaire, en l'absence d'emphysème, plaideraient en faveur d'une adénopathie, alors qu'au contraire, la dépression

de cette même région serait l'indice d'une tuberculose pulmonaire.

On pourra parfois, par la palpation, noter chez les phtisiques, une diminution de volume de la poitrine et une augmentation au contraire dans les cas d'adénopathie. Les vibrations vocales ayant été constatées dans les deux affections, sont de nulle valeur de même que la respiration bruyante perçue par la palpation.

Nous apprendrons par la percussion que les altérations du son dans l'adénopathie ont leur maximum au niveau des régions ganglionnaires : elles sont, au contraire, dans la tuberculose subordonnées au siège des tubercules. Tonalité et sonorité plus uniformes chez les adénopathes que chez les tuberculeux. L'élasticité sous le doigt manque beaucoup plus chez les derniers que chez les premiers. Les sensations douloureuses ou les quintes de toux provoquées par la percussion, se rencontrent dans les deux sortes d'affections.

M. Mouktar s'attache avec beaucoup de soin à décrire les signes fournis par l'auscultation dans la tuberculose au début.

La seconde partie de la thèse est consacrée à l'étude des symptômes fournis par les modifications survenant dans les appareils respiratoire, circulatoire et digestif, ainsi que celles des systèmes nerveux et lymphatique.

A. — Du côté de l'appareil respiratoire, outre les symptômes déjà mentionnés, on pourra tirer des indications précieuses :

1° De la *dyspnée* qui aura une importance diagnostique d'autant plus grande au point de vue de l'adénopathie trachéo-bronchique, que son intensité sera elle-même plus considérable;

2° La *toux sèche*, brève, passant souvent inaperçue dans la phtisie, est rauque et coqueluchoïde (Gueneau de Mussy) dans l'adénopathie;

3° L'*expectoration* n'a guère de valeur diagnostique dans l'adénopathie, tandis que les caractères physiques et micros-

copiques des crachats peuvent aider puissamment au diagnostic de la tuberculose;

4° *L'hémoptysie* n'est ici mentionnée que pour mémoire, car elle est dans la majorité des cas, un signe pathognomonique de tuberculose et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle pourrait se rattacher à l'adénopathie;

5° *Les troubles du larynx* et les *modifications de la voix*, existant dans l'une et l'autre affection, ont une valeur séméiologique et une pathogénie différentes. Dans l'adénopathie, consécutivement à la compression, on constate au laryngoscope de la paralysie d'une corde ou plus rarement de la contracture des muscles glottiques, amenant à leur suite toute une série de modifications dans le timbre de la voix. La laryngoscopie mettra aussi, dans la tuberculose laryngée, sous les yeux du médecin des lésions capables de chasser de son esprit le moindre doute;

6° L'auteur se borne à signaler la *spirométrie* qui pourrait fournir quelques résultats.

B. — Les troubles rencontrés du côté de l'appareil respiratoire peuvent porter ou sur le cœur ou sur les vaisseaux.

C. — Les symptômes fournis par l'appareil digestif sont, à la première période de la tuberculose : les troubles gastriques de tout genre (anorexie, vomissements, diarrhée continue, dyspepsie persistante).

La dysphagie de l'adénopathie peut revêtir un caractère d'intensité tout particulier; les vomissements observés en pareil cas, sont opiniâtres, répétés, en général précédés de nausées, parfois spontanés.

D. — La douleur sternale de l'adénopathie n'a rien de comparable à la haute valeur de la douleur du sommet au début de la tuberculose. Les modifications dans le diamètre de la pupille appartiennent presque exclusivement à l'adénopathie. Dans la tuberculose seulement, on peut voir l'intelligence atteinte dès le début.

E. — La gêne de la circulation lymphatique et les symptômes que l'on y pourrait rapporter (faux œdème des parties

dont les lymphatiques afférents sont engorgés) n'ont guère été constatés jusqu'ici, que dans l'adénopathie.

M. Mouktar, dans la troisième et dernière partie de son travail, indique les symptômes fournis par la température, l'aspect extérieur, l'état général, la marche et la durée de ces deux affections dont il fait l'étude, etc.

Enfin l'auteur donne huit observations, dont quatre personnelles où il était possible d'avoir des données sur la nature tuberculeuse ou adénopathique de l'affection en présence de laquelle on se trouvait. Il pose ensuite des conclusions qu'il ne sont autre chose que le résumé en général de son travail et termine sa thèse en donnant trois pages d'index bibliographique (Thèse, Paris, 1886).

M. NATIER.

Opérations pratiquées sur le larynx.
par le Dr JULES BACON.

L'auteur, dans la première partie de ce travail, résume cinq observations de trachéo-laryngisme faite pour diverses causes avec des succès divers.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme souffrant d'une dysphagie persistante et d'aphonie depuis le mois de juillet 1874. Elle a eu un accès de suffocation le 29 décembre 1874. Elle vint trouver l'auteur le 1^{er} janvier 1875. L'examen laryngoscopique permet de constater sur la corde vocale gauche une excroissance membraneuse rugueuse, à bords diffus, qui est presque complètement lissée par le toucher. La corde droite paraît intacte. Le 19 janvier, trachéotomie; le 25, excision de la tumeur et ablation de la tumeur. Le 5 février, excision de la canule, fistule trachéale. La guérison est obtenue. L'absence d'hémoptysie prouve que la tumeur n'était pas cancéreuse.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme âgée de vingt-cinq ans. A l'examen laryngoscopique on constate une tumeur volumineuse, largement implantée sur la corde droite et remplissant toute la cavité du larynx. La tumeur est suffoquée. Trachéotomie le 20 novembre. La tumeur est excisée, qui est un papillome, on enlève le 20 novembre. La guérison est obtenue. Elle sort de l'hôpital le 27 décembre.

La troisième observation est un cas de papillome corné du larynx ayant envahi la corde vocale droite; trachéo-laryngotomie, en une séance; résection d'une portion de la corde vocale; guérison; phonation non rétablie. Le malade, âgé de seize ans, avait eu de nombreux accès de suffocation. Il fut opéré le 14 août 1883. La canule fut enlevée le 22 août. Le 3 septembre, la guérison était définitive.

Le quatrième sujet, âgé de soixante-treize ans, avait un papillome à base sessile, remplissant tout le larynx et implanté très probablement sur la corde vocale gauche. La trachéo-laryngotomie fut faite. Le malade mourut de pneumonie septique due probablement au passage du sang dans la trachée. La canule de tamponnement aurait très probablement dans ce cas, conjuré les accidents.

Dans ce dernier cas, le malade, postillon, âgé de cinquante-trois ans, est adressé au Dr Bœckel, par le Dr Bedet, de Schirmer, pour un polype du larynx, ayant déterminé plusieurs accès de suffocation. Le malade était enrhumé depuis deux ans. La tumeur, remplissant tout le larynx, semblait s'implanter sur toute la longueur de la corde gauche. La trachéo-laryngotomie fut faite en une séance le 18 juin 1881. On constate alors que la tumeur occupe non seulement la corde gauche, mais encore tout le sinus de Morgagni et le ligament ary-épiglottique du même côté. On l'extirpe à l'aide de ciseaux courbes. Le sinus est raclé à l'aide d'une curette tranchante. Une partie de la tumeur, enlevée avant l'opération à l'aide des pinces, fut examinée par le Dr Meyer. C'était un épithélioma. Le malade partit guéri le 7 juillet. Quatre ans et demi après, il ne présentait aucun signe de récurrence. La voix est parfaitement revenue. Bien que les résultats obtenus soient en apparence assez satisfaisants, ne faut-il pas se demander si dans tous ces cas l'ouverture du thyroïde était bien indiquée et si l'opération intra-laryngée n'eût pas été préférable à tous les points de vue? (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1^{er} novembre 1886.)

D^r J. CH.

DU TRAITEMENT DU CATARRHE DU SINUS MAXILLAIRE (1)

par le Dr **SCHIFFERS** (de Liège).

L'inflammation catarrhale du sinus maxillaire ou antre d'Hygmore est une affection sinon fréquente, du moins plus commune que ne le croient la plupart des praticiens. C'est assez dire qu'elle est souvent méconnue pendant une période plus ou moins longue. Le début en est ordinairement insidieux, attire généralement peu l'attention du malade qui se croit atteint seulement d'un vulgaire « rhume de cerveau » pour lequel il ne réclame pas les soins d'un médecin. Si après quelques semaines il se décide à consulter, c'est toujours avec l'idée que l'affection est peu importante et qu'il suffira d'une thérapeutique anodine pour l'en débarrasser. Le praticien abonde souvent dans le même sens que son client; il se contente, après un court interrogatoire, de prescrire des insufflations de poudres astringentes ou quelques injections, sans indiquer la façon de les pratiquer. L'examen par la rhinoscopie antérieure, qui est ici d'une nécessité absolue, pour asseoir le diagnostic, n'est pas pratiqué et l'affection traîne en longueur, car la thérapeutique instituée doit infailliblement rester sans effet. Les signes fournis par l'inspection directe de la cavité nasale doivent venir en première ligne; le plus souvent, en effet, les symptômes accusés par le malade sont peu marqués : ni douleur, ni gonflement dans la plupart des cas, à moins que la maladie, par son ancienneté ou des complications, n'ait amené des désordres qui s'imposent à l'observation du moins clairvoyant. Mais ce n'est pas la règle générale, et l'expérience prouve que l'attention du praticien doit être attirée sur l'existence probable d'un catarrhe du sinus maxillaire, quand

(1) Communication faite à la Société française de Laryngologie et d'Otologie, séance du 13 avril 1887.

il est consulté par un malade qui accuse surtout comme symptôme un écoulement du nez, plus ou moins abondant, fétide, unilatéral et se produisant d'une façon intermittente. Ce dernier caractère est important. Dans ces conditions, si le médecin applique le *speculum nasi*, au moyen d'un bon éclairage, il se rendra bientôt compte de la nature du mal et de son siège. Il constatera l'existence d'un liquide purulent qui occupe la partie antérieure du méat moyen. Si avec le stylet moussé il écarte le cornet moyen, il verra sourdre le liquide en plus grande quantité, et en même temps se prononcera une fétidité, quelquefois très grande, dont le malade a aussi immédiatement conscience. Alors le diagnostic est établi; le médecin ne doit pas hésiter sur le traitement à faire suivre.

La confusion avec l'ozène unilatéral n'est pas possible; dans ce cas, la capacité anormale de la fosse nasale correspondante, ainsi que la présence des croûtes caractéristiques plus ou moins nombreuses, et l'odeur fétide, particulière à cette affection, écarteront de son esprit l'idée de cette maladie.

Cette courte revue de la symptomatologie suffira pour faire comprendre la nécessité d'instituer le plus tôt possible un traitement, afin de combattre une affection des plus pénibles, provoquant même la mélancolie chez certains malades, et néanmoins justiciable d'une thérapeutique bien entendue.

Nous devons constater que, grâce à l'emploi plus répandu de la rhinoscopie, cette affection est depuis un certain temps sortie du domaine des raretés pathologiques, et a été étudiée par différents chirurgiens au point de vue du meilleur traitement à lui opposer.

Nous indiquerons celui que nous préconisons, d'accord, en cela, avec quelques autres confrères; il nous paraît applicable, sinon toujours, du moins dans la grande majorité des cas. Il ne peut s'agir évidemment que d'employer un procédé qui permette aux moyens

médicamenteux d'arriver au siège du mal. C'est par le méat moyen qu'il faut chercher cette voie; il est possible d'arriver au but sans avoir besoin de pratiquer la perforation du sinus par l'alvéole.

C'est un traumatisme chirurgical auquel il ne faut recourir que si l'autre procédé, judicieusement employé, n'a pas donné de résultats; ce qui sera l'exception.

Nous avons pu nous convaincre par l'observation clinique et par des expériences sur le cadavre, que l'opération est ordinairement aisément praticable et ne tarde pas à faire sentir ses effets bienfaisants.

Si nous pratiquons une coupe verticale sur une tête qui a macéré quelque temps dans l'alcool, et que nous l'exécutons de manière à obtenir deux moitiés parfaitement égales, en passant par la partie médiane de la racine du nez et en respectant la cloison, nous pouvons nous rendre compte de la situation exacte de l'ouverture du sinus maxillaire dans le méat moyen et de la direction à imprimer à l'instrument employé.

L'embouchure du sinus varie sous le rapport de la forme et de la situation; quelquefois elle est à peine marquée, mais alors il n'y a, à son niveau, qu'un véritable accollement des deux muqueuses (cavité nasale et sinus maxillaire) ce que la sonde mousse permettra toujours de constater facilement.

Nous avons pratiqué des coupes à l'Institut anatomique de l'Université de Liège, grâce à la bienveillante obligeance de M. le professeur Swaen, qui a également mis à notre disposition différentes pièces très instructives du musée anatomique, destinées à démontrer les rapports du sinus maxillaire et du méat moyen. D'après les examens que nous avons pratiqués, nous avons constaté une disposition quelquefois tout à fait différente de l'embouchure du sinus. Elle a son importance pour l'opération. Quelquefois, en effet, elle présente une sorte de valvule semi-lunaire, à concavité postérieure, de sorte que l'orifice regarde réellement en arrière; ce sera le cas le moins

favorable au point de vue opératoire. Comme nous le verrons, il faut alors modifier quelque peu la technique généralement employée. Cette disposition se rencontre du reste plus rarement que celle dans laquelle l'ouverture regarde directement dans le méat moyen ou en avant, la valvule ou le repli muqueux étant à concavité antérieure.

Comment faut-il procéder à l'ouverture du sinus ou à l'agrandissement de son embouchure? Le moyen qui nous a paru le plus simple et que l'expérimentation sur le cadavre nous a permis de vérifier, est l'introduction d'une sonde cannelée dans le méat moyen, à une profondeur moyenne de 6 centimètres à partir des bords de l'aile du nez, ce dernier étant préalablement relevé fortement.

Il faut avoir soin de glisser la sonde en exerçant une légère pression et en ne quittant pas la paroi latérale avec son extrémité antérieure. Il arrivera que la sonde pourra pénétrer directement dans le sinus, si l'orifice regarde en avant, suivant la disposition indiquée plus haut. Dans l'autre cas, (l'ouverture regardant latéralement) si l'on imprime à l'extrémité antérieure de la sonde un mouvement de pression plus prononcé en dehors, on aura une sensation de vide qui indiquera parfaitement que l'instrument est arrivé à destination. Si l'ouverture regarde directement en arrière, l'instrument introduit dans la sonde cannelée permettra toujours d'y pénétrer aisément.

Il faut savoir que la cavité orbitaire est dans le voisinage et qu'elle ne doit naturellement pas être lésée; la paroi inférieure est dirigée de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors. Plus on pénètre en arrière, moins on risque d'arriver dans cette cavité, pourvu naturellement que l'instrument reste dans l'aire du sinus. Ceci n'est qu'une remarque anatomique, car il est presque impossible, avec quelque circonspection, d'introduire l'instrument dans cette cavité.

Pour agrandir l'orifice, il suffira alors de glisser dans la sonde cannelée une tige fine, terminée à l'extrémité par une sorte de petit bistouri boutonné, légèrement concave, rappelant celui qui est employé pour pratiquer la section des amygdales. La tige sera assez résistante, mais néanmoins elle doit se laisser plier facilement pour pouvoir modifier sa courbure suivant les cas (1).

De cette manière, il est possible de faire une ou deux incisions et même d'enlever au besoin une portion triangulaire à la partie inférieure de l'orifice.

L'opération peut également être pratiquée avec la pointe d'un galvano-cautère regardant en dehors. L'usage du speculum est évidemment nécessaire dans ce cas pour opérer sûrement (celui de Voltolini, par exemple, ou l'instrument indiqué par Læwenberg pour faire le cathétérisme de la trompe d'Eustache).

Le cornet moyen s'écarte ordinairement facilement de l'inférieur; on peut, du reste, recourir sans inconvénient, pour ouvrir la voie, à une mince tige de *laminaria digitata*, qui restera en place quelques heures.

Tel est le procédé que nous recommandons et qu'il nous a été donné de pratiquer sur le cadavre, et qui de plus nous a réussi sur le vivant.

Nous avons, entre autres cas, donné dernièrement nos soins à une demoiselle de trente-deux ans, atteinte depuis près d'un an, d'un catarrhe purulent du sinus maxillaire gauche. Différents modes de traitement avaient été employés inutilement, sans diagnostic préalable probablement, comme c'est souvent le cas. La douche nasale, prescrite, il faut bien le dire, d'une façon souvent banale, n'avait rien produit, parce qu'elle avait été mal employée. Elle constitue cependant dans ces cas le complément indispensable du traitement et joue le rôle essentiel, une fois la voie ouverte, en permettant la

(1) Nous avons dans ce but fait construire un petit instrument particulier par M. Wengenroth, fabricant d'instruments de chirurgie, 24, rue du Vert-Bois, à Liège.

désinfection de la cavité. Chez la malade, comme c'est la règle, nous avons prescrit des irrigations fréquentes (pratiquées cinq à six fois dans la journée), avec une solution borique concentrée, en lui recommandant de tenir la tête un peu inclinée en avant et à gauche, pour faciliter la pénétration du liquide dans le sinus. (Une autre substance désinfectante peut également être employée.) Il y arrivait parfaitement, y séjournait une demi-heure ou une heure; ce que constatait sûrement la malade en voyant s'écouler de la narine par l'inclinaison de la tête en avant, un liquide plus ou moins clair, évalué à 15 ou 20 grammes. Il sortait tout d'un coup, comme si une poche était vidée. La malade, après trois ou quatre semaines, fut parfaitement guérie. Nous l'avons revue plusieurs fois et la guérison ne s'est pas démentie. L'odorat, qui avait subi des atteintes notables, se rétablit complètement après la disparition de l'inflammation.

Nous avons rapporté brièvement cette observation pour montrer que la guérison peut s'obtenir de la manière que nous venons d'indiquer. Nous ajouterons, au point de vue étiologique, que les dents de la malade étaient intactes à la mâchoire supérieure du côté gauche, ce qui exclut évidemment l'origine du mal par l'alvéole. La cause de la maladie était rapportée à un catarrhe du nez, qui s'était prolongé indéfiniment; la malade était fort prédisposée à cette affection.

Les rapports de la cavité nasale avec le sinus maxillaire sont beaucoup plus intimes que ce dernier avec l'alvéole. Quoi qu'il y ait dans certains cas une mince lamelle osseuse qui sépare le sinus de l'alvéole, et que même cette dernière soit parfois absente, nous pensons que les causes du catarrhe du sinus maxillaire doivent être cherchées le plus souvent dans le nez. Les cas de carie dentaire sont du reste très fréquents et leur complication par une affection du sinus ne se rencontre pas ordinairement.

Nous nous résumerons, en disant qu'il nous paraît que le catarrhe simple et surtout le catarrhe purulent ou

empyème du sinus maxillaire est justiciable dans la majorité des cas d'un traitement pratiqué de la façon qu'il a été indiqué.

Il suffirait même quelquefois d'écarter le cornet moyen du cornet inférieur avec le stylet mousse, c'est-à-dire de donner à la sécrétion purulente une voie d'écoulement, pour amener la guérison. Si l'on constate de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet moyen, un bourgeonnement polypeux ou de véritables polypes, qui se logent souvent à cet endroit, il faut nécessairement faire disparaître ces lésions. L'emploi de la cocaïne est ici tout indiqué; elle peut servir à élargir le méat moyen; elle agira alors comme moyen de diagnostic et comme agent thérapeutique.

Le diagnostic une fois établi, il n'y a que les moyens chirurgicaux qui puissent débarrasser sûrement et promptement le malade de cette pénible affection. Il ne faut pas perdre son temps à prescrire simplement des douches nasales avec l'une ou l'autre substance astringente, caustique ou désinfectante. Cette médication restera le plus souvent sans effet, pour la bonne raison que le liquide ne pourra arriver *loco dolenti*, ou du moins, pas en quantité suffisante; l'irrigation de la cavité, absolument nécessaire, se fera incomplètement ou sera impossible.

L'ouverture se pratiquera le plus souvent facilement par le méat moyen. Il ne faudra recourir à l'ouverture du sinus par l'alvéole qu'en cas de nécessité absolue, si l'autre procédé, bien exécuté, reste sans résultat.

Il est en tout cas indéniable que la pénétration dans le sinus par le méat moyen est mieux indiquée que par l'alvéole ou par le méat inférieur. Dans le premier cas, il faut enlever une ou deux dents, se servir d'une vrille pour forer l'os. Quelquefois cette opération peut offrir des inconvénients; le malade est exposé dans les deux cas à tous les désavantages d'une plaie ouverte, en communication directe avec l'extérieur et par conséquent aux

chances d'infection, qui n'existent pas, en pénétrant par le méat moyen, où se trouve l'ouverture naturelle du sinus maxillaire.

REFLEXIONS SUR L'OBSTRUCTION DE LA TROMPE CHEZ UN DIABÉTIQUE

par le Dr C. MIOT (1).

Les diabétiques sont quelquefois atteints de troubles de l'audition plus ou moins accusés, plus ou moins persistants, déterminés par une tuméfaction de la trompe d'Eustache. Quelques-uns de ces états pathologiques disparaissent spontanément ou après un traitement. D'autres déterminent une obstruction durable de la trompe, sans brides cicatricielles, sans lésions osseuses, ne permettent, tout d'abord, ni le passage de l'air, ni l'introduction d'une bougie, et sont très rares, puisque j'en ai vu un seul cas en vingt-trois ans de pratique. C'est de celui-ci que je vais vous entretenir, en vous faisant connaître l'observation d'un malade que le professeur Cornil a eu l'obligeance de m'adresser.

M. X..., cinquante-six ans, vient me consulter, le 17 octobre 1886. Il est diabétique, mais il n'a plus que quelques grammes de sucre par litre après en avoir eu beaucoup. Son état général est, en ce moment, aussi satisfaisant que possible.

L'année dernière, ce malade a été atteint d'une surdité qui a disparu spontanément. Au printemps de la même année, il a été affecté de bourdonnements, d'autophonie, de surdité, et a reçu, l'été suivant, les soins du Dr Jacquemart, à Vichy. Le traitement a duré plusieurs semaines et a consisté en insufflations par le Politzer, en introductions de sondes, de bougies, en lavages de la trompe, et n'a modifié en rien l'obstruction de ce canal.

Etat actuel. — Les symptômes accusés par ce malade

(1) Lu à la Société d'otologie et de laryngologie. Séance du 15 avril 1887.

sont ceux de l'obstruction permanente de la trompe et lui sont extraordinairement pénibles.

Indépendamment d'un bourdonnement vasculaire, continu, mais très variable dans son intensité, il existe une autophonie très désagréable, de telle sorte que toute secousse un peu énergique imprimée au corps, comme celle que cause le pied frappant avec force le sol, produit un retentissement dans la tête du malade.

Sa voix lui paraît modifiée, plus sourde, venir de loin, et a un timbre désagréable bien plus pénible à entendre à certains moments, qu'à d'autres. Quelquefois même le malade ne peut percevoir un son sans être tellement incommodé qu'il renonce à parler. Et même, en parlant ou en exécutant un mouvement de déglutition, il survient souvent une douleur assez vive dans la région auriculaire pour forcer le malade à y porter la main.

Il existe de plus un sentiment très prononcé de plénitude de l'oreille, de la céphalalgie frontale, un serrement aux tempes, un état vertigineux passager et quelques étourdissements.

Tous ces symptômes apparaissent ou s'exagèrent sous l'influence d'une congestion céphalique survenant à la suite de fatigues corporelles, du manque d'exercice, du froid aux pieds, etc.

Affecté de ces symptômes pénibles et persistants, le malade désespère de guérir; doux et patient avant sa maladie, il est devenu irritable et nerveux.

Examen du malade. — Le tic-tac de la montre placée sur la tête du côté droit est faiblement perçu, tandis qu'il l'est parfaitement à gauche.

Le diapason appliqué sur le vertex, très bien perçu à droite, l'est très faiblement à gauche.

La montre appliquée contre le pavillon droit est faiblement entendue. Elle cesse d'être perçue à 42 centimètres de distance de l'oreille gauche.

La voix moyenne est entendue de près de l'oreille droite, et, à une assez grande distance de l'oreille gauche.

Symptômes objectifs. — La membrane du tympan présente un aspect caractéristique comme beaucoup d'obstructions de la trompe.

Elle est très déprimée, a une surface terne, sans triangle lumineux, d'un gris sale foncé, sans traces de bulles d'air ni de niveau liquide.

La muqueuse nasale dans les parties antérieures des fosses nasales est assez rouge. On remarque sur les deux faces de la cloison, surtout sur la gauche, quelques vaisseaux variqueux. Ceux-ci se rompent fréquemment, sous l'influence d'une cause quelquefois très légère et donnent naissance à une rhinorrhagie assez abondante pour faire redouter au malade toute introduction d'instrument dans les fosses nasales.

La muqueuse du pharynx nasal est rouge, tuméfiée, et présente parfois quelques mucosités.

Le méat pharyngien de la trompe droite est rétréci, déformé par une muqueuse rouge et tuméfiée, formant trois saillies, dont une correspond à l'angle supérieur et les deux autres aux parois latérales. On y voit quelques mucosités demi-opaques, gluantes, s'étalant même un peu sur la partie correspondante de la paroi latérale du pharynx.

Symptômes acoustiques. — L'insufflation d'air dans la trompe a été pratiquée à plusieurs reprises par les procédés de Toynbee, de Valsalva-Lévi, de Politzer, au moyen de la sonde, avec ou sans lavage préalable de l'orifice pharyngien avec de l'eau tiède d'abord, une solution de cocaïne ensuite. Elle a permis d'entendre des râles lointains se produisant à l'orifice pharyngien, mais il a été impossible de percevoir le moindre bruit de caisse indiquant la pénétration de l'air dans l'oreille moyenne.

L'historique de la maladie, les conditions dans lesquelles cette affection s'est déclarée, sa récurrence, l'état diathésique du malade, l'insuccès du traitement, la persistance de l'état pathologique depuis plusieurs mois, l'absence de toute idée de syphilis, pouvait faire croire à

l'obstruction simple de la trompe. — En présence de plusieurs traitements infructueux, on pouvait supposer aussi l'existence d'un rétrécissement cicatriciel, peut-être même d'une oblitération.

L'impossibilité de rendre la trompe perméable, par les moyens indiqués ci-dessus, m'a naturellement amené à me servir des bougies, dont l'emploi a échoué également.

Ces essais n'ayant donné aucun résultat, on pouvait être tenté d'employer la douche d'air à forte pression et d'avoir recours à la pompe à compression, conseillée par Politzer, dans des cas différents, il est vrai. On fait pénétrer l'air d'une manière continue dans le cathéter préalablement fixé dans la trompe, sous une pression de 2 à 4/10 d'atmosphère, ou brusquement à une pression de plus de 8/10. Introduire de l'air d'une manière continue dans le cathéter assujéti dans la trompe à la pression de 1 à 4/10 d'atmosphère n'offre aucun danger, puisqu'il s'échappe au fur et à mesure de la trompe par son orifice pharyngien. Cet air n'exerce donc pas une action bien puissante sur l'obstacle. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait préalablement oblitérer la trompe avec la sonde. Et, en supposant qu'on y parvienne, l'air exercera une pression très forte sur une muqueuse altérée, peut-être lésée par les instruments, s'infiltrera dans les tissus et déterminera un emphysème plus ou moins considérable. L'air peut aussi surmonter tout à coup l'obstacle, pénétrer dans la caisse, et produire un traumatisme non seulement préjudiciable à la fonction de l'organe, mais à l'existence du malade.

Les lésions provenant d'une compression forte et lente seront encore plus fréquentes si on produit un choc brusque avec de l'air comprimé à une pression égale ou supérieure à 5/10 d'atmosphère.

En présence des fâcheuses conséquences que peut avoir l'emploi de l'air comprimé, j'ai renoncé à ce mode puissant de désobstruction, bien que connaissant le moyen d'atté-

nuer singulièrement les secousses en incisant préalablement le tympan.

J'ai pensé aussi à pratiquer une grande perforation à cette membrane dans ses parties antérieures, pour introduire une bougie dans l'ouverture tympanique de la trompe, et essayer de la faire ressortir par l'orifice pharyngien. Mais la pusillanimité du malade, la possibilité d'une otite moyenne purulente, m'ont fait renoncer à ce procédé et employer le courant continu de la manière suivante. La sonde fut maintenue à l'orifice pharyngien de la trompe, et quelques gouttes de solution de cocaïne furent injectées dans ce tube dans le but d'insensibiliser la muqueuse. Quelques minutes après, le pôle négatif, sous la forme d'une large plaque métallique recouverte d'amadou, fut appliqué sous l'angle inférieur droit de la mâchoire. Une tige métallique très flexible, recouverte d'une couche isolante, excepté près de son extrémité libre entourée de fil de coton, fut introduite dans la sonde, puis dans la trompe, à une profondeur de 3 millimètres. Une fois le pôle positif relié à cette tige, je fis passer un courant continu, faible, pendant une minute. Les jours suivants je répétai l'application du courant continu avec quelques intermittences. Après la séance d'électrisation de deux à cinq minutes, la bougie put enfin être introduite, après quelques tâtonnements, dans la portion osseuse de la trompe. Cette bougie fut laissée en place pendant cinq minutes, puis retirée; j'injectai ensuite trois gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne au 10^e, et j'y insufflai de l'air qui pénétra dans la caisse et produisit des râles humides, superficiels, manifestes. Immédiatement après, tous les symptômes subjectifs diminuèrent très sensiblement et la montre fut entendue à 2 centimètres.

La trompe étant devenue perméable, grâce à l'action du courant électrique, il y avait lieu de supposer qu'il existait une tuméfaction de la muqueuse. Mais en raison de la facilité avec laquelle se produisent les œdèmes dans

d'autres régions, chez les diabétiques, sous l'influence d'une cause d'origine nervoso-vasculaire, ainsi que l'a fait remarquer Germain Sée, j'ai pensé qu'il y avait eu en même temps une modification dans la couche cellulo-adipeuse de la trompe d'Eustache.

L'obstacle franchi, fallait-il continuer les électrisations ou agir par d'autres moyens, pour rétablir la lumière de la trompe? Plusieurs procédés paraissaient indiqués :

1° Les insufflations d'air à forte pression, auxquelles j'ai renoncé pour les raisons énumérées précédemment, et parce que je ne les jugeais pas susceptibles de produire l'élargissement de la partie rétrécie;

2° La cautérisation de la trompe d'Eustache avec le nitrate d'argent, que les anciens médecins-auristes employaient volontiers, même avec excès. Je ne l'ai pas faite parce qu'elle aurait pu causer une inflammation aiguë de nature à s'étendre à la caisse;

3° La dilatation par les bougies. En présence d'une tuméfaction considérable et d'un œdème probable des parois de la trompe, leur emploi ne me parut pas indiqué. Leur introduction nécessitant des tâtonnements prolongés aurait certainement déterminé un certain degré de traumatisme;

4° La galvano-caustique chimique, moyen auquel j'ai donné la préférence et que j'ai appliqué deux fois dans le but d'exercer une action plus rapide et plus énergique sur la muqueuse. Dans l'intervalle des séances faites à onze jours d'intervalle, j'ai injecté, chaque jour, dans la trompe, quelques gouttes de solution de cocaïne au 10°, insufflé de la vapeur d'eau tous les deux jours, passé quelquefois des bougies, et soumis l'oreille à l'action du courant continu (le pôle positif sur la paroi latérale du cou au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, le pôle négatif à l'avant-bras).

Huit jours après la seconde séance de galvano-caustique, une insufflation d'air par le procédé de Politzer a été pratiquée tous les matins.

Trélat. —
8 mars 18

Trélat. —
(Gaz. de

Telschow
(Berl. k

Treimols.
med. n. q.

Usiglio. —
degli Os

Virchow.
et Deuts

Vilette. —
l'extreim

Weir. —
Soc., 8

Williams
Journ.,

Weir. —
Med. A.

X. — Stat.
enfants
1887).

Se

La Soci
nérale de
res du so
rois.

1° Corre
travaux
hémo
du Su
cliniqu
de Pa
Hering
atroph
subar
Glott
rhée
cles du
indur
Rouge
de P
gnos
de Ly
Mer
bert
Paris
Garc

M. R
Giessen

Une bougie en corde à boyau est alors introduite jusqu'à la portion osseuse, maintenue à demeure quelques minutes. Pendant ce temps, je fais pencher la tête du malade du côté de l'oreille opérée, puis j'instille dans le cathéter quelques gouttes de solution de cocaïne, qui s'insinue encore plus profondément dans la trompe, sous l'influence d'une insufflation d'air faite par petits coups modérés. La corde est ensuite retirée et remplacée par la bougie creuse qui est poussée jusqu'à la portion osseuse. A ce moment, on maintient la tige métallique avec une main, on attire à soi la bougie d'une longueur égale à celle qui a été introduite dans la trompe. Le pôle négatif étant assujéti à cette tige pleine, le pôle positif étant appliqué sur la région mastoïdienne, je pratique la galvano-caustique en prenant les précautions indiquées en pareil cas. La durée de l'opération a été de deux minutes et l'intensité de trois milli-ampère au galvanomètre de Chardin.

Après avoir retiré la tige métallique, j'ai injecté quelques gouttes de solution de chlorate de potasse cocaïnée dans la trompe.

D'après ce qui précède, on voit que je n'ai pas agi sur la muqueuse de la trompe, de dedans en dehors, c'est-à-dire en allant de l'orifice pharyngien à l'orifice tympanique, mais latéralement sur toute la longueur de la trompe rétrécie, sans être obligé d'enfoncer progressivement la tige. De cette façon, cette dernière n'est pas introduite au hasard et ne peut pas pénétrer dans les parois de la trompe en faisant une fausse route. En exerçant une pression de dedans en dehors sur l'obstacle, il m'est arrivé un accident de ce genre, dont je me suis aperçu en voyant un emphysème se produire; celui-ci a été léger parce que j'ai cessé toute insufflation aussitôt que le malade m'a donné l'éveil, en portant vivement la main à l'angle de la mâchoire.

La fausse route doit être fréquente en pratiquant la galvano-caustique de dedans en dehors, comme Mercié et Aratoux l'ont conseillée. Si elle n'a pas été constatée,

c'est que les trompes sur lesquelles on a opéré devaient être rétrécies au lieu d'être complètement obstruées et l'escharre bien superficielle.

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir démontré par cette observation :

1° Que la tuméfaction avec œdème de la trompe est une complication du diabète ;

2° Que les traitements ordinaires restent infructueux ;

3° Que le courant continu diminue l'état congestif de la muqueuse, et permet l'introduction des bougies ainsi que l'emploi de la galvano-caustique chimique ;

4° La galvano-caustique chimique augmente la lumière du conduit, et paraît être le moyen le plus efficace et le plus rapide de lui rendre ses fonctions.

La guérison du malade, obtenue depuis plusieurs mois, a donné raison à mes prévisions.

TUMEUR DE LA GLANDE THYROÏDE (1)

par le Dr D. AIGRE,

médecin-adjoint de l'hôpital Saint-Louis, à Boulogne-sur-Mer.

Le sujet de cette observation est un vieillard de soixante-seize ans qui était dans notre service à l'hospice Louis-Duflos. Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé. Il éprouvait depuis deux mois une certaine difficulté à avaler qui ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucune douleur et l'état général était resté assez bon. La dysphagie augmentant et s'étant compliquée d'un peu de raucité de la voix, on le fit entrer à l'infirmerie le 26 janvier 1887.

On constatait au cou une tuméfaction englobant tout le paquet laryngo-thyroïdien qu'on avait du mal à embrasser dans la paume de la main. En décomposant, par l'examen, cette tuméfaction, ce qui était facile à cause de l'état de maigreur du malade, on constatait que c'était tout le lobe gauche de la glande thyroïde qui était augmenté de volume, qu'il était impossible d'atteindre ses limites en arrière et que, par le fait de son accroissement, il avait refoulé le

(1) Lu à la Société franç. de laryngol. et d'otol., séance du 15 avril 1887.

larynx à droite et en haut, la saillie du cartilage thyroïde se sentant à 4 ou 5 centimètres de la ligne médiane. En même temps, le diamètre antéro-postérieur du cou était augmenté notablement. La peau glissait facilement sur la tumeur, la consistance de celle-ci était fibreuse. Palpation peu douloureuse; le déplacement du larynx dans les mouvements de déglutition était peu sensible; la déglutition était très difficile, sans régurgitation, la respiration normale, la voix un peu rauque.

Les jours suivants, le malade s'affaiblit rapidement et s'éteint sans accident et sans souffrance.

Nous fîmes l'autopsie quarante-huit heures après le décès.

Une incision verticale sur la ligne médiane de la région antérieure du cou, intéressant toute l'épaisseur de la peau et des aponévroses nous permet d'arriver immédiatement sur la glande thyroïde dont le lobe gauche est fortement augmenté de volume. Nous isolons alors facilement une grande étendue de cette tumeur avec le manche du scalpel, car elle ne contractait aucune adhérence avec les régions voisines. Cependant, quand nous voulons contourner la moitié gauche de la tumeur, nous nous trouvons tellement limité par notre incision que nous nous décidons à enlever un plastron composé des extrémités internes des deux clavicules et du tiers supérieur du sternum afin de nous donner du jour. De cette façon, nous enlevons facilement toute la tumeur avec les organes intéressés.

Cette tumeur se présente sous l'aspect d'une hypertrophie considérable du lobe gauche de la glande thyroïde, projetant à droite de la ligne médiane le cartilage thyroïde, passant derrière le pharynx et l'œsophage, au devant du tissu cellulaire prévertébral et venant rejoindre à droite le lobe de la glande qui semble parfaitement normal.

En hauteur, cette tumeur s'étend :

En avant, depuis la partie moyenne de la moitié gauche du cartilage thyroïde jusqu'au huitième anneau de la trachée.

En arrière, elle s'étend sur une hauteur de 15 centimètres,

son extrémité supérieure se trouvant sur un plan transversal passant par l'épiglotte.

Partout elle est parfaitement limitée et recouverte par une atmosphère celluleuse. Sa surface extérieure, légèrement mamelonnée, n'offre pas de coloration spéciale et présente une consistance à peu près uniforme et qui rappelle celle du fibrome.

Considérons ses rapports avec les organes voisins et disons de suite qu'il n'existait nulle part de ganglions engorgés, du moins suffisamment pour attirer notre attention.

Larynx. — La charpente de la trachée et du larynx, tout en contractant une adhérence intime par sa surface extérieure avec la tumeur, n'avait subi aucune modification dans sa conformation, et le néoplasme n'avait pas encore atteint la muqueuse des voies aériennes qui est normale dans toute son étendue. Cependant en examinant la surface intérieure de la trachée, on constatait au niveau du troisième anneau et sur son segment antérieur, deux petites productions polypiformes de la dimension d'un petit pois et d'une tête d'épingle qui proéminaient comme une pointe de hernie dans la lumière de la trachée; c'était là évidemment le début d'une invasion néoplasique qui n'a pas eu le temps de se faire. Entre la trachée et l'œsophage, rien d'anormal.

Œsophage. — Quant à l'œsophage, il était complètement entouré d'une gangue néoplasique. Fortement dévié à droite, le conduit présentait une direction curviligne à concavité regardant à gauche; son calibre était légèrement diminué. La surface externe se confondait avec la substance de la tumeur dont on ne pouvait la séparer. La surface interne présentait une coloration gris-ardoise et un aspect lisse, normal, sauf sur une étendue mesurant 5 centimètres de hauteur et comprenant toute la circonférence; là, en effet, se remarquait un état de ramollissement de la muqueuse et la présence de petites inégalités et anfractuosités nombreuses. A ce niveau aussi et sur la paroi postérieure se détachait une excroissance, en forme de poire à extrémité effilée, dirigée en bas, mesurant 8 centimètres dans sa hauteur, et présentant

la dimension d'une petite noix à sa grosse extrémité. Cette extrémité adhère intimement au tissu de l'œsophage, l'extrémité inférieure étant au contraire libre dans la cavité du conduit.

Vaisseaux.— La carotide gauche légèrement repoussée en dehors ne présentait rien à noter.

La jugulaire primitive gauche avait acquis un développement considérable et était grosse comme le petit doigt. Elle était remplie et distendue par un tissu néoplasique ayant à la loupe l'aspect de celui de la tumeur, et se détachant très facilement de la paroi interne du vaisseau.

Une des veines thyroïdiennes présentant le volume d'un porte-plume se jetait perpendiculairement dans la jugulaire et était également remplie par le même tissu néoplasique.

Nerfs. — Le récurrent droit ne présentait rien d'anormal.

Quant au récurrent gauche, on le suivait très bien jusqu'à la limite inférieure de la tumeur; à partir de ce point, il était impossible de le disséquer ni même de le retrouver dans l'épaisseur du néoplasme.

A la coupe, la tumeur offrait la consistance, l'aspect et la coloration d'une masse charnue. En un point, dans la partie la plus épaisse, existait un noyau gros comme un haricot très dur, criant sous le scalpel, à bords tranchants comme du tissu osseux. En plusieurs autres points, situés surtout vers la superficie, existaient des petits foyers de ramollissement.

J'ai demandé à mon ami, le Dr Letulle, médecin des hôpitaux, de bien vouloir faire l'examen microscopique de cette tumeur.

Voici le résumé de son travail :

« Les fragments de corps thyroïde soumis à notre examen sont infiltrés de masses calcaires. Les coupes de la tumeur colorées au picro-carmin ou au carmin aluné de Grenacher, montrent :

» 1° Une sclérose très étendue de la glande thyroïde; les travées fibreuses épaissies, infiltrées par place d'amas calcaires, coupent la glande dans tous les sens, dessinant

ainsi de larges alvéoles irréguliers, subdivisés eux-mêmes par des tractus fibreux moins épais et vivement colorés par les réactifs.

» 2° Les alvéoles normaux de la glande ont presque complètement disparu dans toute l'étendue des coupes; ils sont transformés en amas énormes de cellules néoplasiques multiformes, vivement colorées, munies d'un volumineux noyau, tassées les uns contre les autres dans tous les sens et formant ainsi des volumineuses végétations cancéreuses, qui ont détruit largement la glande.

» Il s'agit donc d'un cancer de la glande thyroïde et ce cancer primitif présente ce caractère d'être constitué aux dépens des alvéoles et des épithéliums normaux de l'organe; or, la disposition alvéolaire du carcinome est tout à fait différente ici de la distribution alvéolaire normale de la glande.

» Ce carcinome épithélial offre, en outre, un détail digne d'être noté : les cellules néoplasiques fortement granuleuses sont souvent très pigmentées et elles affectent habituellement une forme à peu près cylindrique.

» La veine jugulaire coupée au niveau de l'abouchement d'une branche collatérale est le siège d'un bourgeonnement néoplasique de même nature. Les amas épithéliaux se sont fait jour au milieu de caillots sanguins déposés dans la cavité de la veine. »

Les tumeurs malignes du corps thyroïde sont encore mal connues. Le meilleur travail d'ensemble qui ait été publié sur ce point est, nous croyons, la monographie de M. Krishaber(1) qui a paru dans les *Annales des maladies des Oreilles et du Larynx* (nov. 1882). D'ailleurs, c'est une affection rare. En compulsant avec soin les auteurs tant

(1) KRISHABER. — Deux cas de cancer thyroïdien. *Annales Mal. or. et larynx*, nov. 1882.

CARRINGTON — Communication. *Path. Soc. London*, 4^{er} déc. 1883.

MATHIEU. — Relation d'un cas de cancer thyr. in *Progrès médical*, 8 avril 1882, id. in idem, 40 déc. 1884.

MAYOR. — Communication. *Soc. anat.*, Paris, 1884.

français qu'étrangers, depuis la publication de ce mémoire, nous n'avons trouvé qu'un très petit nombre de cas. C'est une des raisons qui nous ont engagé à publier la présente observation. Une autre raison, c'est qu'il s'est glissé, croyons-nous, dans la description classique de cette affection, quelques erreurs, et, d'un autre côté, on y a passé sous silence certains points intéressants.

Les auteurs appellent l'attention et insistent sur les *douleurs* précoces, aiguës, qui accompagnent le cancer thyroïdien; ces douleurs, qui peuvent s'irradier dans le cou et le membre supérieur, constitueraient même un symptôme tellement constant, qu'il devrait servir de base dans le diagnostic d'avec les tumeurs d'autre nature. Eh bien ! parmi les sept cas que nous avons pu réunir dans la littérature médicale depuis 1881, il n'est pas question une seule fois de ces douleurs. Trois fois, il est nettement affirmé qu'il n'y en avait pas (Mathieu, Carrington, Aigre); et les quatre autres fois, il n'en est pas fait mention.

Il n'est pas question, bien entendu, de la douleur plus ou moins grande produite par la pression sur la tumeur, mais seulement des douleurs spontanées.

En ce qui concerne la *cachexie cancéreuse* qui, au dire des auteurs, viendrait clore la scène pathologique, nous nous contenterons de faire observer que parmi nos sept cas, il n'est pas question une seule fois de dépérissement cachectique; en revanche, il est nettement affirmé trois fois que la mort est arrivée par dyspnée, une fois par dysphagie, une fois par hémorragies répétées, et une fois par une maladie indépendante : une néphrite chronique. Il semble que la glande thyroïde participe de la nature du larynx, son voisin, au point de vue de la non généralisation cancéreuse; nous devons faire une exception pour un cas très intéressant de M. Mathieu où il a trouvé des embolies néoplasiques dans le cœur et le poumon, et des noyaux dans le foie et le rein; néanmoins il n'y eut pas ici non plus de cachexie à proprement parler, et la mort est survenue par dyspnée.

L'oblitération complète de la veine jugulaire primitive est un accident fréquent dans l'affection qui nous occupe ; il est cité presque partout, mais on n'y insiste pas. Nulle part il n'est question de phénomènes de stase cérébrale consécutive à cet obstacle au cours du sang. Il est évident que la jugulaire antérieure et la vertébrale peuvent compenser cet arrêt de la circulation en retour ; il nous a paru cependant digne de remarque d'abord que dans aucune de nos sept observations il n'est question d'un développement anormal de ces veines compensatrices, et ensuite que la marche de la tumeur étant souvent rapide, l'envahissement de la jugulaire primitive a dû être plus ou moins rapide aussi ; et alors, comment se fait-il que les autres veines aient le temps de suppléer avant qu'il survienne des accidents de stase ? Pour notre part nous nous contenterons de poser la question sans la résoudre.

On a remarqué dans la partie descriptive de notre observation une particularité qui se reproduit d'ailleurs également dans la plupart des observations semblables ; c'est que le tissu néoplasique englobe d'une part la trachée et l'œsophage qui paraissent creuser leur canal dans sa masse, et que, d'autre part, cette masse est parfaitement isolable des autres tissus avec lesquels elle est en rapport immédiat. Nous avons été frappé de ce fait. L'envahissement cancéreux affecte dans la plupart de nos observations une marche particulière. Au lieu de se propager dans tous les sens en suivant les tractus cellulaires, nombreux dans cette région, il se dirige d'abord d'avant en arrière, en refoulant en dehors le paquet vasculo-nerveux, passe sur les côtés de la trachée et de l'œsophage, puis contourne, ce dernier conduit en arrière pour revenir sur le côté opposé se mettre en rapport de contiguïté avec le lobe thyroïdien resté sain.

Cette disposition typique nous paraît ne pouvoir s'expliquer que de deux façons.

A. Les mouvements d'élévation et d'abaissement successifs dont la trachée et la thyroïde sont le siège à l'état

physiologique, se font encore, quand la glande est envahie progressivement par le néoplasme; l'enclavement même de l'œsophage dans la masse de la tumeur, ne semble pas arrêter ni limiter ces mouvements. Il ne répugne donc pas d'admettre qu'il se passe à la périphérie de cette tumeur des modifications identiques à celles qui donnent naissance aux bourses séreuses accidentelles; et il est très admissible également que cette disposition nouvelle, cette mobilité protège les organes plus fixes, tels que la colonne vertébrale, contre l'envahissement néoplasique.

B. Ou bien il faut admettre que les modifications pathologiques survenues dans la glande ont fait nettement apparaître une disposition anatomique normale, sur laquelle les connaissances ne sont pas encore complètement fixées; nous voulons parler des connexions et de la disposition de la capsule fibreuse de la glande thyroïde.

Le seul anatomiste qui fasse une mention spéciale de ces connexions est M. Sappey. Voici ce qu'on lit dans son traité d'anatomie descriptive :

« La trame cellulo-fibreuse offre une disposition remarquable. Elle s'étend sur toute la périphérie de l'organe » et lui forme une véritable enveloppe très mince et » transparente, mais cependant résistante. Supérieure- » ment cette enveloppe se prolonge pour s'attacher à la » partie inférieure du larynx : en bas, elle se continue » avec l'aponévrose cervicale moyenne, et, de chaque » côté, avec la gaine des gros vaisseaux du cou; en arrière » elle se replie sur la partie postérieure du pharynx et se » continue avec elle-même pour embrasser toute la cir- » conférence de ce conduit. »

D'autre part, dans un article récent du *Dictionnaire de Médecine pratique*, M. Gérard Marchant, après avoir dit que l'opinion n'est pas faite sur ce point, se contente de appeler la phrase de M. Sappey. Nous avons voulu nous rendre compte par nous-même de cette disposition anatomique, et nous assurer si la description faite par

M. Sappey et qui n'a cependant pas suffi à trancher la question, répondait, en effet, à la vérité.

Nos recherches ont porté sur plusieurs cadavres, d'âge, de sexe et d'embonpoint divers. A part un peu plus ou moins de difficulté opératoire, les résultats furent toujours les mêmes. Voici le résumé de nos constatations :

Après avoir mis à nu la glande thyroïde renfermée dans sa capsule, si on poursuit la dissection sur les parties latérales, on voit qu'il est très facile de l'isoler du paquet vasculo-nerveux avec lequel elle est en rapport par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lamineux. On arrive par l'interstice ainsi créé sur l'aponévrose prévertébrale. On peut alors en poursuivant la dissection avec le manche du scalpel séparer facilement le paquet œsophago-thyroïdien de cette aponévrose. Cette séparation une fois faite sur une certaine hauteur, on enlève complètement et ensemble la thyroïde, la trachée et l'œsophage au moyen de deux sections transversales : l'une au-dessus de l'os hyoïde, l'autre au niveau de la fourchette sternale.

Si alors on prend cette pièce anatomique et que, l'attachant par la partie postérieure, on pratique une incision verticale sur la ligne médiane de la face postérieure de l'œsophage, voici ce que l'on constate :

Une membrane fibreuse mince, mais très appréciable, peut être soulevée par la pince, détachée de la couche musculaire longitudinale de l'œsophage, et disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord postérieur du lobe de la thyroïde. A ce niveau, ce feuillet fibreux se dédouble pour envelopper le tissu propre du corps thyroïde en se continuant avec sa capsule fibreuse. Cette disposition brièvement décrite par M. Sappey, passée sous silence par presque tous les auteurs et contestée par quelques-uns, est très bien figurée dans l'anatomie descriptive de M. Fort. Elle explique, selon nous, d'une façon très nette, la direction suivie par le néoplasme.

Un dernier point de notre observation qui nous semble mériter quelque attention, car je l'ai retrouvé dans quel-

ques-unes de celles que j'ai citées, c'est le peu de rapport entre la lésion du ou des nerfs récurrents, et l'état de la voix. On s'explique difficilement qu'il n'y ait qu'un peu de raucité de la voix, et cela, à la période ultime seulement quand, à l'autopsie, on cherche vainement des traces du nerf. Ici se pose un point d'interrogation à laquelle nous avouons ne pas pouvoir donner de réponse.

DU TYMPAN ARTIFICIEL

Par M. le Dr **WAGNIER**, de Lille.

Les premiers observateurs qui constatèrent une perforation du tympan accompagnée de surdité durent penser qu'on améliorerait l'audition si l'on pouvait fermer artificiellement la caisse, et cette idée a dû être le point de départ des premiers essais d'application d'appareils.

C'est, du moins, cette vue théorique qui a inspiré les premiers travaux que nous possédions sur cette question; on cherchait à remplacer par une membrane artificielle douée de propriétés vibratoires, la membrane tympanique détruite en totalité ou en partie.

Marcus Banzer (1) (1640) qui semble être le premier qui se soit engagé dans cette voie, construisit un appareil formé d'un ongle d'élan fermé à son extrémité par un morceau de vessie de cochon.

Leschevin (2) se proposa aussi, en 1778, d'améliorer l'ouïe par l'usage d'un tympan artificiel.

En 1815, Autenrieth (3) fit fabriquer, dans le même but, un appareil qui consistait en un mince tube en plomb qui correspondait à la conformation du conduit auditif externe, et à l'extrémité duquel on avait appliqué un morceau de vessie natatoire de poisson.

(1) M. BANZER. — *Dissertatio de auditione laxa*, Wittebergæ, 1640.

(2) LESCHEVIN. — *Mémoire sur la théorie des maladies de l'oreille et sur les moyens que la chirurgie emploie pour leur curation*. Prix de l'Académie royale de Chirurgie, t. 4, 1^{re} partie, p. 67, 1778.

(3) *Tübinger Blatt für natur und arzneik*, vol. I, 1815.

Linke (1) rapporte avoir employé de petits tuyaux semblables et en avoir obtenu d'excellents résultats.

On a été aussi amené à introduire dans le conduit auditif des corps étrangers de diverse nature pour diminuer la surdité, à la suite de la remarque qui a été faite souvent, qu'une augmentation considérable de l'acuité auditive avait été le résultat momentané de quelque manœuvre ayant pour but de nettoyer l'oreille ou de combattre une sensation désagréable, démangeaison ou autre, ressentie au fond du conduit.

Dans cet ordre d'idées, Tood (2), Itard et Deleau ont noté des cas d'amélioration très notable de l'audition à la suite de l'introduction de petits tampons d'ouate, de charpie, de la partie centrale d'un oignon ; mais c'est à Yearsley (3) (1848) que l'on doit d'avoir appliqué d'une manière méthodique une boulette de coton (*pellet of cotton wool*) sur les restes de la membrane du tympan pour remédier à la surdité en cas de perforation.

J. Erhard (4) paraît avoir fait à la même époque sur lui-même une observation qui l'amena aux mêmes conclusions pratiques, et prétend ne pas avoir connu les travaux de Yearsley quand il rapporta le fait dans sa thèse (1849).

C'est J. Erhard qui a donné, le premier, la théorie généralement admise aujourd'hui sur le mode d'action de la série des petits appareils connus sous le nom, plus pompeux que juste, au point de vue scientifique, de tympan artificiels.

Il n'en est pas moins vrai que ce sont les recherches expérimentales et cliniques de Toynbee (5) qui ont attiré d'une façon très vive l'attention des médecins auristes sur cette question.

(1) LINKE. — *Handb. der theor. und prakt. Ohrenheilkunde*, Leipzig, 1835.

(2) TODD. — *Anatomy and physiology of the Organ of Hearing*, p. 103.

(3) *The Lancet*, 1848.

(4) ERHARD. — *Taubheit heilbar durch Drück*, Berlin, 1856.

(5) TOYNBEE. — *Les maladies de l'oreille, nature, diagnostic et traitement*, Londres, 1860. Traduction Darin, Paris, 1874.

L'appareil qu'il a proposé et successivement perfectionné est encore fort employé aujourd'hui.

Les divers procédés, actuellement en usage, peuvent être considérés comme dérivant, les uns de celui de Yearsley, les autres du tympan artificiel de Toynbee ; je décrirai les principaux dans cet ordre. J'examinerai ensuite la question du mode d'action de ces appareils, les résultats qu'ils donnent et la manière dont les malades les supportent.

Je me suis convaincu, par l'observation que j'en ai faite dans un grand nombre de cas, tant au cours de mes études spéciales dans les cliniques de mes maîtres, les professeurs Gruber et Politzer de Vienne, que dans ma pratique particulière, des services importants que rendent ces appareils lorsqu'ils sont rationnellement appliqués ; et il m'a semblé que l'usage n'en était pas aussi répandu qu'il devrait l'être, qu'on s'était trop arrêté aux objections qu'on a faites à leur emploi, que ces petits appareils, utiles dans beaucoup de cas, sont bien mieux tolérés qu'on ne le croit généralement.

§ I

Yearsley se servait d'une boulette de coton qu'il portait au moyen d'une pince, et après l'avoir humectée, jusqu'aux restes de la membrane perforée.

On a apporté quelques modifications à cette pratique ; la plupart des médecins qui l'emploient actuellement se servent de coton rendu antiseptique au moyen de l'acide borique, de l'acide salicylique ou de l'acide thymique. On humecte le petit tampon avec de la glycérine étendue d'eau ou avec d'autres substances médicamenteuses quand on veut exercer en même temps une action thérapeutique.

Au lieu d'introduire la boulette de coton avec une pince ordinaire, Hassenstein a préconisé une pince spéciale entre les mors de laquelle le petit tampon est maintenu serré par un anneau mobile ; la pince, longue de 3 centi-

mètres, est laissée dans le conduit auditif, elle permet au malade de se placer et de retirer lui-même le coton.

On peut remplir le même but, comme l'a indiqué Delstanche, en enroulant un fil métallique fin autour du petit tampon bien serré et disposé de façon à ce qu'il présente une sorte de pédicule. On arrive ainsi facilement à confectionner soi-même de petits tampons montés sur fil de fer.

Hartmann a employé un procédé de fixation analogue, et de plus, ses petits tampons sont recouverts de cire.

On peut rapprocher du procédé de Yearsley ceux dans lesquels on introduit dans le fond du conduit des poudres destinées à y former une couche. J. Erhard avait fait la remarque qu'on augmentait parfois l'audition en projetant un peu de poudre à la surface du tympan. Kosegarten a montré aussi que la poudre d'alun pouvait être employée dans ce but et qu'elle forme une couche solide qui, dans un certain nombre de cas, augmente l'audition.

J'ai fait la même observation sur un malade dont l'otorrhée avait été traitée par l'acide borique et dont je parlerai quand j'étudierai le mode d'action des différents appareils.

Voyons maintenant la disposition du tympan artificiel de Toynbee et des procédés qui en dérivent.

Le tympan artificiel de Toynbee, inventé en 1853, et dont la propagation fut rapide, consiste en une plaque de caoutchouc vulcanisé ou de gutta-percha fixée à l'extrémité d'un fil d'argent de la longueur du conduit auditif. La plaque de caoutchouc a 2 centimètres de diamètre, ce qui permet au chirurgien de la tailler selon la forme et la dimension que comporte le cas et de donner à la tige métallique la position qui paraît la plus convenable, soit au centre, soit plus ou moins près de la périphérie du disque.

Pour fixer plus solidement la plaque à l'extrémité du fil d'argent, Toynbee y fit ajouter deux petites plaques

métalliques entre lesquelles la rondelle de caoutchouc se trouvait serrée. On obtient le même résultat en faisant former au fil métallique lui-même deux tours de spire entre lesquels le disque est maintenu.

Lucæ a remplacé le fil d'argent de l'appareil de Toynbee par un mince tube en caoutchouc. On introduit, dans ce procédé, le tympan artificiel au moyen d'un petit mandrin rigide passé dans le tube et qu'on retire dès que le disque est mis en place.

L'appareil de Toynbee se détériore assez rapidement, et comme le prix en est relativement assez élevé, Politzer a proposé de le modifier en adaptant à l'extrémité du fil d'argent un morceau de tube de caoutchouc ; il emploie aussi quelquefois un bout de tube de caoutchouc de la longueur du conduit auditif et coupé obliquement à son extrémité interne. Dans le cas où, les branches de l'étrier étant détruites, la pédale seule reste dans la fenêtre ovale, le même auteur a cherché à faire parvenir plus parfaitement les ondes sonores du tympan artificiel à la fenêtre ovale, en adaptant à l'appareil de Toynbee un étrier pris sur un cadavre et destiné à suppléer aux fonctions de l'osselet en partie détruit.

Miot (1) a préconisé l'emploi d'un morceau de baudruche gommée auquel il donne une dimension convenable et qu'il colle sur le tympan perforé. L'application de ce mode de tympan artificiel doit exiger beaucoup d'habileté et d'habitude.

Le professeur Gruber (2) a modifié, simplifié et rendu tout à fait pratique le tympan artificiel de Toynbee.

Son appareil consiste en un disque en caoutchouc que l'on taille au moyen d'un emporte-pièce à la dimension de la membrane tympanique.

A la partie centrale du disque, on attache un fil que l'on passe au moyen d'une aiguille dont on perce le caoutchouc, et qu'on fait repasser une seconde fois au

(1) Mior. — *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1871.

(2) *Wiener Medizinische Presse*, octobre 1874.

travers en formant un point de couture. Les deux bouts du fil sont noués ensemble le plus près possible de la plaque, et l'un d'eux est coupé tout près du nœud, de sorte que le disque est attaché par un fil simple.

La petite plaque peut être, d'ailleurs, confectionnée avec d'autres matières. Je me suis servi, récemment, avec avantage, du papier parchemin employé en simple épaisseur et je me propose de l'essayer de nouveau.

Toynbee avait proposé, lors de ses premières recherches, une modification de son appareil, analogue à celle qu'emploie Gruber; il y avait renoncé, à cause des difficultés d'introduction.

Au moyen d'une pince spéciale inventée par Gruber, cette mise en place se fait très facilement. On y arrive aussi au moyen d'un tube de 4 centimètres de longueur dans lequel le fil passe; le disque, sous la traction du fil, vient coiffer l'une des extrémités du tube; le fil est maintenu tendu avec le doigt qui l'appuie contre l'extrémité opposée. On retire le tube dès que le disque est mis en place.

Une modification récente et des plus pratiques vient d'être apportée par Gruber au mode d'introduction du tympan artificiel. Cette modification, dont il m'a fait part et qu'il n'a pas encore publiée, consiste dans l'emploi d'un fil métallique du calibre de celui du tympan artificiel de Toynbee. Ce fil A (*voir la figure*), d'une longueur de 5 centimètres environ, est contourné à chacune de ses extrémités de façon à former deux petits anneaux, l'un B perpendiculaire à la direction, l'autre C sur le même plan que le fil métallique. Le fil de soie passe par les deux anneaux, et, en le tendant, le disque de caoutchouc vient s'appliquer contre l'anneau perpendiculaire au fil métallique. Cette tension est maintenue avec les doigts qui fixent le fil de soie à son passage dans l'anneau C situé sur le même plan que la petite tige métallique.

Une fois le disque en place, on cesse de tendre le fil de

soie et l'on retire le fil métallique conducteur. L'extraction se fait en tirant sur le fil de soie, laissé dans le conduit.

D'autres modifications que je dois mentionner ont été apportées à l'appareil de Toynbee.

Giampetro (de Naples) (1) a proposé un tympan artificiel formé d'un disque ovoïde en caoutchouc, présentant deux surfaces : la surface interne est plane, l'autre est bombée. A ce disque est fixé un fil métallique roulé en spirale, à partir du disque, de manière à former un ressort à boudin ; après quelques tours de spire, ce fil se divise en deux branches qui sont maintenues écartées par un ressort et qui, lorsque l'appareil est en place, font pression sur les parois du conduit. On l'introduit en tenant les deux branches rapprochées entre les mors d'une pince.

Czarda (2) recommande un tympan artificiel antiseptique qu'il a construit après s'être assuré par l'expérience que la soie protectrice, le makintosh et le papier parchemin conduisent bien le son.

Dans une bande de soie simple ou double, on découpe un morceau de dimension convenable, on le renforce par de petits disques de makintosh ou de papier parchemin que l'on y fixe à l'aide du collodion ou d'un fil d'argent très fin. On se sert, pour l'introduire, d'un tube conducteur et on obtient une fixation, quand on veut agir avec pression, au moyen d'un support légèrement élastique en acier inoxydable que le malade peut poser lui-même et qu'on peut retirer avec facilité.

Michaël (3) a employé sous le nom de tympan artificiel liquide un procédé qui doit être considéré uniquement

(1) *Dictionnaire encyclop. des scienc. méd.*, article *Oreille*, par Ladreit de Lacharrière.

(2) *Wiener mediz. Presse*, 1881. *Ann. des mal. du larynx, de l'oreille etc.* 1881.

(3) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1882. *Ann. des mal. du larynx, de l'oreille etc.*, 1882.

comme un moyen thérapeutique. Il verse de la glycérine dans l'oreille en notant à chaque instant l'état de l'audition. Lorsqu'il semble que l'acuité auditive est à son maximum pour le cas donné, il dépose à la surface de la glycérine un peu de collodion qui ne se mélange pas avec elle et forme à sa surface une couche obturatrice. L'auteur cite un malade qui porta une semaine entière cette sorte de tympan artificiel avec une notable augmentation de l'audition. Il a essayé aussi de rendre l'action de la glycérine contre l'otorrhée plus efficace en l'unissant au tannin ou à l'alun.

Quel que soit l'appareil que l'on emploie, le mode d'introduction du tympan artificiel est le même : on doit redresser le conduit auditif en portant le pavillon de l'oreille en arrière et en dehors, et la pince ou tige conductrice quelle qu'elle soit est introduite au fond du conduit après qu'on s'est assuré de la direction qu'il faut lui donner pour la porter au point voulu. Les appareils à plaque doivent être disposés avant l'introduction de façon à présenter une obliquité qui corresponde à celle de la membrane tympanique.

Beaucoup de malades apprennent rapidement à s'appliquer eux-mêmes l'instrument et, par la répétition de la pratique, ils arrivent souvent à acquérir une grande habileté.

Souvent le malade est guidé par une sensation particulière, toujours la même, qui lui indique que l'application est bien faite, le plus souvent par le retentissement bruyant que produit dans l'oreille le léger contact des doigts sur la tige conductrice.

Je ne manque jamais, quand j'ai appliqué la petite plaque de caoutchouc munie d'un fil que j'emploie le plus habituellement à l'exemple de mon maître Gruber, de demander au malade si le froissement du fil dans les doigts est perçu d'une manière très bruyante, car c'est souvent l'indice de ce que l'application est bien faite.

§ II

Nous avons vu que les premiers essais d'application des appareils que nous étudions avaient pour but théorique de suppléer à l'action vibratoire de la membrane du tympan et consistaient essentiellement en une membrane tendue sur un cadre. On croyait alors que la dysécée qui est à peu près la règle dans les perforations tympaniques avait son origine exclusive dans la perforation même.

C'est de ce même point de vue que partit Toynbee. Or, s'il est vrai qu'on a vu de nombreux cas où l'ouïe est devenue meilleure après la guérison d'une perforation, le contraire est aussi fréquent. On constate souvent aussi chez des individus dont l'acuité auditive est assez bien conservée l'existence de larges perforations : je me rappelle avoir vu à la clinique du professeur Gruber, un jeune garçon de douze ans, atteint d'une otorrhée ancienne avec une perforation étendue des deux tympans, qui, soumis à l'examen de l'acuité auditive, entendait la voix chuchotée, la parole ordinaire, les différents diapasons et la montre mieux que la plupart des élèves de la clinique.

Ce fait est évidemment exceptionnel ; en général, comme l'a démontré Clarke (1), l'ouïe est considérablement diminuée dans les cas de perforation, mais la diminution de la perception auditive n'est pas en raison directe de l'étendue de la perforation, c'est plutôt le contraire qui a lieu, et rien n'est plus fréquent, en cas de perforation double, que de constater une surdité plus grande du côté où la perforation est la plus petite.

Politzer (2) a démontré, il est vrai, qu'en détruisant artificiellement la membrane, les vibrations du marteau deviennent plus faibles, mais Troeltsch (3) a vu, d'autre

(1) CLARKE. — *On the Perforations of Tympanum. The american Journal of medical sciences.* 1858.

(2) POLITZER. — *Traité des maladies de l'oreille*, traduit par Joly (de Lyon) page 63.

(3) TROELTSCH. — *Traité pratique des maladies de l'oreille*, traduction Kuhn et Lévi, p. 418.

part, des malades améliorés par le disque de Toynbee et chez qui l'oblitération de la perforation avec le collodion ne donnait aucun résultat.

D'ailleurs, il est fréquent de voir l'amélioration persister pendant quelque temps après qu'on a retiré le tympan artificiel, et, plus encore, alors que la plaque est déformée, déplacée, et ne recouvre que très imparfaitement la perforation.

En présence de ces faits, doit-on admettre que les résultats parfois éclatants qu'a donnés l'appareil de Toynbee résultent de ses propriétés acoustiques? Ne sont-ils pas dus plutôt à la pression qu'exerce cet appareil?

La rondelle de caoutchouc de Toynbee est bien impropre, d'après Gellé (1), à transmettre le son; d'autre part on obtient, dans la plupart des cas avec la boulette de coton de Yearsley, lorsqu'elle est bien appliquée, des résultats aussi remarquables qu'avec la plaque de caoutchouc.

L'augmentation de la perception osseuse qu'on a notée après l'introduction de la plaque, s'explique par l'obstacle que crée le corps étranger à la transmission du son.

C'est, comme je l'ai dit, J. Erhard qui donna, le premier, la théorie de la pression sur les osselets de l'oreille pour expliquer les cas où une amélioration de l'audition a lieu après l'introduction d'un corps étranger. Il avait trouvé à l'autopsie d'un enfant chez qui cette particularité avait été observée, une disjonction de l'articulation de l'enclume avec l'étrier.

Cette théorie de l'action par pression a été soutenue par Duplay; elle est aujourd'hui la plus généralement admise, et paraît rendre compte de la plus grande partie des résultats favorables obtenus. Mais, si l'on cherche à pénétrer plus loin dans l'étude du mécanisme de cette action, on trouve de grandes variations dans l'opinion des médecins auristes.

(1) GELLÉ. — *Précis des maladies de l'oreille*, 1885.

Luce croit que l'amélioration de l'ouïe est due à l'augmentation de la pression du liquide labyrinthique.

Knapp (1) pense que l'action des différents tympans artificiels ne s'exerce pas en poussant en dedans la pédale de l'étrier, mais que la pression a lieu sur la courte apophyse du marteau qui est portée en dedans pendant que la longue branche de l'enclume et l'étrier sont entraînés en dehors.

D'après cette théorie, le mécanisme serait analogue à ce qui se produit au moment de l'insufflation d'air par la trompe, ou, plus justement, il serait celui que Luce cherche à réaliser dans le cas d'otite scléreuse lorsqu'il presse sur la courte apophyse avec une petite pelote élastique montée sur une tige à ressort.

Il est cependant des cas où l'amélioration de l'audition a lieu par pression sur un autre point, comme dans le cas si souvent cité, d'après Ménière, d'un vieux président de tribunal qui, depuis seize ans, augmentait pour une heure, quand il le voulait, son acuité auditive, en pressant sur le tympan avec une épingle en or. La pression avait lieu sur l'extrémité du manche du marteau.

Il est évident pour moi que la pression doit s'exercer dans des points variables selon les lésions dans les cas où l'application du tympan artificiel diminue la surdité.

A la suite des suppurations de l'oreille moyenne, les solutions de continuité de la chaîne des osselets sont fréquentes; on a noté dans un grand nombre de cas la disjonction de l'enclume et de l'étrier, l'absence totale ou partielle de l'enclume, le relâchement des ligaments de l'étrier, circonstances éminemment favorables à la restitution de l'acuité auditive par une pression convenablement exercée.

Ces mêmes lésions se sont parfois présentées sans perforation de la membrane tympanique, et donnent, sans doute, l'explication de ces cas où un corps étranger

(1) POLITZER, ouvrage cité, page 456.

introduit au contact du tympan a pu améliorer l'audition. Le symptôme le plus caractéristique de la disjonction de l'articulation de l'enclume avec l'étrier consisterait, dans ce cas, d'après Hinton (1), dans l'impossibilité pour le malade d'entendre, à moins d'exercer l'effort de volonté nécessaire pour écouter.

Souvent on arrive à déterminer en quel point la pression doit être faite pour obtenir le résultat désiré. J'ai observé, à ce sujet, un cas assez remarquable. Il s'agit d'un malade à qui on avait conseillé des insufflations d'acide borique pour guérir une otorrhée ancienne. L'otorrhée disparut à plusieurs reprises, et reparut, après des intervalles plus ou moins longs. Le malade, croyant ainsi mieux assurer sa guérison, entassait l'acide borique dans le conduit avec une tige de bois garnie de linge. Il remarqua qu'à la suite de cette manœuvre, son audition devenait notablement meilleure et il continua l'emploi de la poudre ainsi tassée après la guérison de l'otorrhée. Quand je l'examinai, je débarrassai le conduit de l'acide borique au moyen d'injections répétées d'eau tiède poussées avec une grande douceur. Au cours de cette pratique, l'audition, examinée à chaque instant, se maintenait au même degré. Bientôt il ne resta plus au fond du conduit que deux petites masses nettement distinctes d'acide borique aggloméré. Je saisis l'une d'elles avec une pince fine et l'extrayai sans toucher à l'autre. Dès que je l'eus saisie, la surdité reparut immédiatement au degré qu'elle avait avant l'application de la poudre obturatrice.

Je me suis assuré que le fragment dont l'ablation avait causé le retour de la surdité, était placé à la partie supéro-postérieure de la perforation, laquelle comprenait la plus grande partie de la membrane et s'étendait à toute sa portion inférieure et postérieure, et que ce fragment reposait sur le bord de la perforation dans un point correspondant à l'étrier. Le malade recouvra d'ailleurs

la même amélioration lorsque je lui eus appliqué un tympan artificiel d'après la méthode de Gruber.

§ III

Il est indiqué d'essayer l'application d'un tympan artificiel, quand il existe une perforation, que l'otorrhée a totalement disparu, et que l'audition est diminuée d'une manière gênante.

Les cas où le tympan artificiel doit agir utilement sont impossibles à reconnaître à l'avance; les chances de succès seront d'autant plus grandes, en général, que la perception auditive par la voie osseuse sera mieux conservée.

On n'obtiendra guère de succès que dans les cas de perforation de la membrane tympanique; les cas où, la membrane étant intacte, une pression exercée à sa surface a pu diminuer la surdité, doivent être regardés comme exceptionnels.

Si l'on ne peut tirer aucune induction de la position de la perforation et de l'état du reste de la membrane, il est hors de doute, cependant, que les grandes perforations donnent en général de meilleurs résultats que les petites au point de vue de l'application d'un appareil.

Il est impossible de déterminer la proportion des cas où l'audition est améliorée par le tympan artificiel. Cette proportion est, sommé toute, assez faible; pourtant, en répétant les essais à différentes reprises, en variant, au besoin, les appareils, on arrive à augmenter notablement le nombre des succès.

Il y a des cas où l'amélioration est peu prononcée; mais l'augmentation de l'acuité auditive ne fût-elle obtenue que de manière à permettre d'entendre la voix parlée à 1 mètre de distance en plus, serait déjà d'un grand avantage dans les relations ordinaires de la vie. D'autres fois le succès est éclatant, et ni la longue durée de la surdité ni l'étendue de la perforation, allant même jusqu'à la destruction totale du tympan, ne doivent empêcher de faire l'essai de l'appareil.

J'ai vu, au mois de janvier dernier, à ma consultation gratuite, une jeune fille de vingt-un ans, atteinte de surdité très prononcée. L'ouïe est très faible du côté droit; à gauche, la voix parlée est perçue jusqu'à 1 mètre et demi.

Le tympan droit est couvert de cicatrices adhérentes; à gauche, je constate une destruction complète de la membrane. Le fond du conduit et la paroi interne de la caisse sont recouverts d'une croûte sèche en forme de membrane qui les moule et se prolonge à la partie antérieure vers l'ouverture tubaire. Cette croûte enlevée, la paroi interne de la caisse apparaît rouge pâle; le contact de la sonde n'y produit aucune sensation douloureuse. Je m'assure de la perméabilité de la trompe, et je constate que l'état de l'audition ne s'est pas modifié sensiblement. Aussitôt après l'application du tympan artificiel, la voix parlée est perçue facilement à 18 mètres. L'amélioration existait encore au même degré quinze jours après, quand la malade se représenta à la visite; je retirai l'appareil, et après avoir constaté qu'il n'y avait dans la caisse aucun exsudat ni aucune trace d'irritation, je le replaçai. La même amélioration se manifesta. Deux mois après, sans que l'appareil eût été changé de nouveau, elle persistait encore.

Le cas suivant mérite aussi d'être cité, eu égard à la longue durée de la surdité avant l'application de l'appareil.

Il s'agit d'une dame de cinquante-deux ans qui était atteinte de surdité avec otorrhée bilatérale.

Les deux tympans étaient largement perforés.

Je réussis à faire disparaître l'otorrhée du côté gauche, où elle était moins abondante, au moyen de lavages répétés avec une solution d'acide borique injectée dans la caisse par le conduit auditif et aussi par la trompe, suivis d'instillations d'une solution de sulfate d'alumine.

Quinze jours après l'arrêt de la suppuration de ce côté, la parole n'était entendue qu'à 1 mètre de distance. La

perception osseuse était excellente. J'appliquai le tympan artificiel de Gruber qui permit l'audition de la parole jusqu'à 10 mètres. Le petit appareil fut laissé en place trois semaines pendant lesquelles l'audition se maintint au même degré. Il ne causait ni incommodité, ni irritation. Je le retirai cependant, et après avoir constaté l'intégrité de la caisse, je le replaçai en indiquant à la malade la facile manœuvre de l'introduction du petit disque de caoutchouc.

La sécrétion purulente s'étant arrêtée également du côté droit, j'appliquai, à la demande de la malade, un appareil semblable dans l'oreille droite, mais l'otorrhée, trop récemment suspendue, reparut les jours suivants. Je repris le traitement, et, après avoir de nouveau réussi à tarir l'écoulement, j'attendis quinze jours avant d'appliquer de nouveau le tympan artificiel. Il fut, cette fois, bien supporté et donna aussi une amélioration très notable de l'audition.

Le professeur Gruber se déclare partisan du tympan artificiel, non seulement dans les cas où il améliore l'audition, mais encore toutes les fois qu'il importe de protéger les parties profondes de l'oreille. Il s'élève, avec raison, contre l'emploi des boulettes de coton serrées à l'entrée du conduit auditif. Ce bouchon s'oppose au passage des ondes sonores, diminue le fonctionnement du nerf auditif et tend ainsi à l'affaiblir et à l'atrophier. D'autre part, la pression qu'exercent ces tampons, entrave la circulation en retour, et augmente ainsi l'hypérémie et l'inflammation.

Pour ma part, c'est toujours sans aucune pression que j'applique les petits tampons de coton en cas d'otorrhée, et je dispose l'ouate hydrophile et antiseptique, en cône très allongé pour absorber le pus par capillarité.

Je ne crois pas bon d'appliquer aucune forme de tympan artificiel lorsqu'il existe une otorrhée, à moins que le malade ne se trouve continuellement soumis à la surveillance du médecin. L'otorrhée, même lorsqu'on a des

raisons de la supposer simple, exerce une si grande influence sur l'état général, et elle peut être le point de départ de complications si graves de toute nature, qu'on doit écarter momentanément toute autre préoccupation et chercher par tous les moyens rationnels à en guérir la cause et à en tarir la production. Or, un tympan artificiel, quel qu'il soit, constitue une entrave à la sortie du pus; il favorise ainsi la production de concrétions diverses et prédispose à toute la série des accidents inflammatoires ou infectieux qui sont la conséquence de la rétention du pus dans l'oreille moyenne.

Ce n'est donc, je le répète, que lorsqu'on est à même de suivre jour par jour l'état du malade, qu'on peut essayer l'application de ces appareils en cas d'otorrhée, et on doit préférer alors les procédés qui permettent de poursuivre un but curatif en même temps qu'ils améliorent l'audition.

Non seulement il importe, lorsqu'on met un tympan artificiel dont le malade doit faire un usage habituel, que l'otorrhée soit guérie, il faut également que la guérison paraisse durable; et si l'on croit pouvoir appliquer cet appareil peu de temps après la guérison, il faut le surveiller et en cesser l'emploi à la moindre apparence du retour de la sécrétion purulente.

L'otorrhée à récurrence facile n'est pas la seule contre-indication de l'emploi du tympan artificiel. Il arrive parfois qu'il cause du bourdonnement, de la pesanteur de tête ou du vertige. Ces symptômes peuvent exiger l'interruption du port de l'appareil.

Par contre, on voit quelquefois des bourdonnements anciens disparaître sous l'influence du tympan artificiel.

Il y a sous le rapport de la tolérance de grandes variations individuelles, et, à côté des cas où l'on se voit forcé par la sensibilité excessive du sujet à le priver des avantages qu'il retirerait de l'emploi de l'appareil, on voit des malades qui le supportent indéfiniment.

Knapp cite un malade qui portait depuis vingt-neuf ans la boulette d'ouate de Yearsley.

D'ailleurs le choix de l'appareil est très important à ce point de vue.

Les appareils en tube, anciens ou modernes, sont d'une application difficile; ils déterminent de l'érythème du conduit, la formation de pellicules, de croûtes, etc.

L'appareil de Toynbee est souvent gênant à cause de sa tige rigide; il arrive qu'il cause, pendant la mastication, une sensation désagréable, ou un bruit de craquement; parfois aussi une pression exercée par mégarde sur l'extrémité de la tige produit de la douleur, un écoulement sanguin ou même détermine une inflammation. Il faut donc le retirer la nuit. De là sa détérioration rapide, ce qui, dans la classe pauvre, est un inconvénient grave, le prix de l'appareil étant assez élevé.

Les appareils qui se fixent par pression continue sont rarement supportés.

L'emploi des éléments mêmes du pansement de Lister ne me paraît pas utile. Il est facile de rendre antiseptique n'importe quel appareil; on peut, d'ailleurs, le couvrir d'une mince couche d'un antiseptique à l'état pulvérulent. Je me sers habituellement, dans ce but, de l'acide borique en poudre impalpable que j'ai vu employer par Bezold (de Munich) contre l'otorrhée, et avec le succès que l'on sait.

Pour moi, je me suis servi dans un grand nombre de cas du tympan artificiel du professeur Gruber que j'ai décrit plus haut. Le petit disque se maintient très bien, une fois mis en place, grâce à sa légèreté et à son élasticité. Il est très bien supporté; la plupart des malades le tolèrent des mois entiers sans le retirer, l'amélioration de l'ouïe se maintenant au même degré. Les inconvénients de la tige conductrice à demeure dans l'oreille sont évités, la plaque, souple et mince, ne donne lieu à aucune sensation bruyante ou autre, pendant la mastication.

Les malades l'introduisent eux-mêmes avec une grande facilité; enfin, son prix est nul.

La boulette de Yearsley et les appareils qui en dérivent m'ont paru, en général, moins efficaces au point de vue de l'audition que les appareils à plaque obturatrice. Les avantages de ceux-ci résultent, à mon avis, de ce qu'ils peuvent mieux que les autres exercer sur les restes de la membrane tympanique une pression marginale; cet avantage est surtout évident au cas de grandes perforations. Cependant le petit tampon de coton irrite moins. Il est indiqué de l'essayer quand le malade supporte mal l'appareil à disque. Il peut être utilisé aussi comme porte-remède, soit en l'imbibant de liquides médicamenteux, soit en le couvrant de topiques divers, ou en l'imprégnant de substances antiseptiques ou autres, destinées à être dissoutes peu à peu dans l'exsudat.

Il vaudrait mieux, dans ces cas, et pour permettre au malade d'introduire et de retirer lui-même la petite pelote, employer l'un des perfectionnements, décrits plus haut, apportés au dispositif primitif.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

SESSION GÉNÉRALE

Suite et fin (1).

Séance du 15 avril, neuf heures et demie du matin.

Présidence de M. GOUGUENHEIM.

13^e **Rhinite atrophique**, par M. NOQUET, de Lille (2).

M. CHATELLIER fait observer que la dénomination de *rhinite atrophique* doit, à son avis, être rejetée parce qu'elle exprime et entretient une idée fausse sur la nature de l'ozène. En effet, les partisans de la nature atrophique de cette affection admettent que la période atrophique est précédée d'une phase d'hypertrophie.

(1) Voir *Revue*, n° 5, p. 252.

(2) Voir page 225.

Mais nous savons par les recherches histologiques, que le tissu qui constitue les hypertrophies de la pituitaire n'a aucune tendance à s'atrophier; il se rapproche beaucoup du tissu muqueux; même, parfois, on trouve du tissu muqueux avec infiltration de mucine évidente, facile à démontrer par les réactions histo-chimiques.

En tant que production pathologique, le tissu muqueux ne s'atrophie pas, bien au contraire.

M. MOURÉ. — Si, comme le dit M. Châtellier, il existe des hypertrophies de la muqueuse pituitaire ayant une tendance marquée à se transformer en tissus muqueux, à devenir même le point de départ de véritables polypes, comme l'a démontré Zuckerkandl, il n'en est pas moins vrai que, chez certains sujets, sous l'influence d'une inflammation spéciale de la muqueuse, cette dernière, tuméfiée d'abord, tend à s'atrophier sur place et à constituer le coryza atrophique. Je dois avouer ne pas admettre comme démontrée, pour tous les cas, la théorie de Zaufal sur la pathogénie de l'ozène, et je serai plutôt porté à partager celle de Fränkel et de Gottstein. J'ai eu en effet l'occasion de suivre des malades atteints de cette affection pendant plusieurs années, et très souvent j'ai vu la période atrophique précédée d'un stade hypertrophique avec une sécrétion qui, sans être encore celle de l'ozène, commençait déjà à s'en rapprocher. Les faits de ce genre ne sont, du reste, pas si rares, et notre collègue, M. Bayer, en a signalé des exemples. Ce sont surtout ces malades qu'un traitement approprié peut modifier avantageusement et guérir dans bien des cas.

Enfin, bien que Zuckerkandl ait, à la suite de ses nombreuses et patientes recherches, repoussé la théorie de Michel qui fait venir les sécrétions des cavités accessoires du nez (sinus), je ne partage pas absolument cette manière de voir. Sans être aussi exclusif que Michel, je crois *qu'il est des cas* où la muqueuse du sinus participe, dans une certaine mesure, à l'inflammation et fournit son contingent de sécrétion, rendant l'affection encore plus rebelle au traitement.

Ce n'est point un fait théorique que j'avance, car j'ai vu tout dernièrement une malade atteinte d'atrophie considérable des cornets moyens et inférieurs chez laquelle on voyait *nettement*, à l'examen rhinoscopique antérieur, la sécrétion purulente s'échapper de l'orifice du sinus sphénoïdal de chaque côté. Il n'existait aucune ulcération, mais un simple coryza atrophique avec pharyngite.

M. GELLÉ dit que l'exposition détaillée que vient de donner M. Châtellier des lésions de la muqueuse laisse tout à fait inexpliquée celle de l'atrophie si remarquable de la partie osseuse des cornets.

M. CHATELLIER répond que cette atrophie vient d'une ostéite raréfiante.

M. GELLÉ ne voit pas la nécessité d'admettre un processus d'ostéite dans ce cas. Il pense que la nutrition de l'os papyracé subit une grave altération consécutivement à une lésion, ou parallèlement à l'évolution des lésions du périoste sous-muqueux, dont on ne parle peut-être pas assez. Il se produit là, dit-il, une atrophie lente par arrêt ou insuffisance de nutrition.

M. CHATELLIER. — L'anatomie pathologique nous a appris que les pièces du squelette pouvaient s'arrêter plus ou moins complètement dans leur développement, à des périodes variables de la croissance des jeunes sujets, et que des os symétriques pouvaient au bout d'un certain temps avoir un volume inégal entre eux ou un volume, pour les deux, inférieur à celui de l'état normal.

Mais l'atrophie ou résorption des os est un fait dont il n'existe pas d'exemple dans l'économie. Pourquoi admettre que le nez échappe à la règle générale, et que l'une des pièces de son squelette est susceptible de s'atrophier après avoir acquis et conservé pendant un temps son volume normal?

M. CHATELLIER expose rapidement ensuite ce qu'est l'ostéite raréfiante dont le processus ne saurait, suivant lui, être

invoqué, pour expliquer la disparition des cornets. Cette atrophie des cornets, os et muqueuse, n'a jamais été démontrée soit par l'observation, soit par l'anatomie pathologique; elle est contraire à ce que nous savons jusqu'ici de l'anatomie pathologique du tissu osseux. M. Châtellier pense qu'avant d'affirmer comme évident le fait de la diminution d'un os (le cornet), il convient d'en apporter la preuve irréfutable.

Quant à la théorie de Fränkel rappelée par M. Moure, M. Châtellier n'en a pas connaissance, comme établissant anatomiquement l'atrophie du cornet.

M. RUAULT désire insister sur un point de la communication de M. Noquet. Il cite le travail de Lœwenberg où cet auteur dit qu'il a découvert un microcoque spécial à la maladie, dans le mucus nasal des ozénisants. Or, ce micro-organisme de grandes dimensions (1μ à 1μ 65) serait, toujours d'après Lœwenberg, susceptible d'être cultivé dans la gélatine, et ces cultures auraient l'odeur caractéristique de l'ozène. Or, le travail de cet auteur ne paraît pas avoir attiré suffisamment l'attention, puisque, paru en 1883, les traités classiques publiés depuis et notamment par Morell-Mackenzie et Schech, n'en parlent pas. Cependant les expériences de Lœwenberg méritent d'être reprises; car, si les résultats qu'il a obtenus étaient confirmés, nous serions fixés sur la cause du signe, symptôme le plus important de la maladie, la fétidité des sécrétions nasales. C'est là en effet la chose capitale; c'est cette mauvaise odeur qui crée aux malades une existence insupportable; c'est elle dont eux et leurs proches se préoccupent; tandis que les symptômes secondaires, tels que la sécheresse de la gorge, etc. les gênent comparativement assez peu.

Si donc il était démontré que l'odeur de l'ozène est due à un micro-organisme, on devrait espérer trouver, un jour ou l'autre, un moyen de le faire disparaître définitivement. Si l'usage de l'antiseptique approprié, employé en irrigations nasales ordinaires ne suffisait pas à amener la guérison, il serait légitime de conclure de cet échec que le micro-organisme existe dans les tissus en plus ou moins grande quantité,

mais en nombre suffisant pour se propager à la muqueuse des fosses nasales et la réinfecter continuellement. On serait donc en droit de s'ouvrir une voie pour pénétrer dans les sinus et désinfecter ces cavités.

Ne voit-on pas, en effet, des faits de même ordre ? N'est-il pas démontré aujourd'hui que quelques gonocoques habitant dans le canal excréteur des glandes de Bartholin suffisent à éterniser la blennorrhagie, tant qu'ils n'ont pas été détruits sur place ?

Ce qui fait espérer aujourd'hui qu'on doit arriver à guérir l'ozène, c'est que la maladie guérit souvent seule. M. Ruault veut dire par là que souvent on rencontre des jeunes gens, surtout des filles, qui pendant quelques mois et même quelques années, présentent d'une façon continue ou intermittente l'odeur caractéristique de l'ozène, la sécheresse de la muqueuse nasale, et finissent par se débarrasser de ce désagrément sans avoir suivi aucune espèce de traitement. M. Ruault dit avoir observé plusieurs cas de ce genre qui seraient infiniment plus communs qu'on ne pourrait le croire. Ces malades, en effet, ne sont pas assez incommodés et n'incommodent pas assez leur entourage pour consulter surtout le spécialiste et, dans la grande majorité des cas, ils échappent à l'observation. Mais, si ces faits démontrent la curabilité de l'ozène, ils commandent en même temps une grande prudence au sujet de l'interprétation des résultats de la thérapeutique actuelle. Les faits de guérison sont en trop petit nombre pour que l'on puisse affirmer que la maladie n'aurait pas cédé toute seule et que la guérison est bien due au traitement.

La mauvaise odeur ne constitue pas à elle seule toute la maladie; mais on peut dissocier son histoire et laisser de côté, dans la discussion présente, la question du processus anatomique, encore si peu connu, jusqu'à ce que des autopsies plus nombreuses et des études histologiques plus complètes aient été publiées.

La recherche de l'origine de l'odeur est évidemment d'une importance énorme, et les interprétations qui en ont été

données jusqu'ici sont insuffisantes. L'opinion de Zaufal qui pense que l'élargissement des fosses nasales amène une diminution de la force du courant d'air expiré, suffisante pour permettre l'accumulation des sécrétions et, par suite, leur décomposition putride, n'est pas soutenable. Si elle était vraie, les malades qui ont une obstruction du pharynx nasal et respirent par la bouche, seraient tous des ozénisants ; car, leur muqueuse ne cesse pas de sécréter, et ces sécrétions sont encore moins balayées que chez les malades atteints de rhinite atrophique. Or, on trouve souvent chez ces malades le nez rempli de croûtes sèches, mais sans odeur.

L'opinion de Krause qui explique l'odeur par une dégénérescence grasseuse des cellules muqueuses avec formation consécutive d'acides gras volatils, n'est en somme qu'une variante de celle admise il y a longtemps sur l'origine des sueurs fétides des pieds. Elle est bien moins satisfaisante que celle de Lœwenberg qui rendrait bien compte des faits observés. La théorie de Lœwenberg ne nous donnerait pas le dernier mot sur la question de l'ozène, mais elle ferait faire un grand pas à son étude. Elle permettrait de penser que l'odeur n'est peut-être pas liée nécessairement à l'agrandissement des fosses nasales et que si la mauvaise odeur est un symptôme si fréquent de la rhinite atrophique, c'est que le micro-organisme trouve dans les fosses nasales moins chaudes et plus sèches, un meilleur terrain pour son évolution. Rien ne prouve que l'ozène ne soit pas contagieux quand les conditions favorables à la contagion sont réalisées. Quelques auteurs très compétents, M. Moure entre autres, sont disposés à le croire.

M. BARATOUX admet que l'ozène peut être le résultat, soit de l'absence ou de l'arrêt de développement des cornets, soit de l'atrophie de la muqueuse nasale.

Récemment, au Congrès de Berlin, Habermann a lu sur ce sujet un travail dans lequel il croit pouvoir établir que l'affection de l'ozène commence par la surface de la muqueuse, c'est-à-dire à l'orifice des glandes. M. Baratoux est d'avis

que cette forme d'ozène est susceptible de guérison, car, pour sa part, il en a observé plusieurs cas sur des sujets chez lesquels les cornets sont revenus à l'état normal. Il cite entre autres une jeune fille qui est guérie depuis plusieurs années.

M. NOQUET reconnaît que les recherches faites par M. Châtellier avec le microscope sont intéressantes et utiles à connaître. Quant à lui, il s'est placé exclusivement au point de vue clinique, n'ayant du reste pas eu l'occasion de faire d'autopsie. Ce qu'il a voulu surtout établir, c'est que, dans trois cas, la muqueuse atrophiée s'est régénérée et que la punaisie a complètement disparu.

M. Noquet ne pourrait affirmer s'il existe un stade hypertrophique; il est tout disposé à l'admettre, mais il n'a pas été à même de le constater. De ce que M. Châtellier a presque constamment rencontré le tissu myxomateux dans la muqueuse nasale hypertrophiée, s'ensuit-il qu'il en est toujours ainsi, et ne peut-on pas admettre qu'il y ait parfois une prolifération des éléments conjonctifs? Quand des auteurs compétents comme MM. Moure et Bayer affirment avoir vu l'hypertrophie, il faut bien les croire.

Ce qui ne fait pas de doute pour M. Noquet c'est que l'atrophie existe et qu'une période de réparation peut lui succéder, grâce à un traitement convenable.

M. MOURE. — Comme l'a dit M. Noquet dans sa communication, je n'ai affirmé que *très timidement* et avec des réserves extrêmes la régénération possible des cornets atrophiés; je fais des recherches cliniques dans ce sens, et je crois, dans tous les cas, que cette modification de structure ne se produit qu'après un traitement assez long et bien dirigé.

M. RUALT est de l'avis de Lœwenberg. Comme lui, il croit que l'affection et la mauvaise odeur sont produites par un diplococcus particulier. Ce diplococcus existe, mais il n'est pas absolument prouvé encore qu'il soit la cause de l'ozène. De sorte que, sans rien affirmer, M. Noquet a déclaré dans sa communication que l'hypothèse de Lœwenberg était très

satisfaisante. Ce que l'on sait des microbes en général, la façon dont marche l'affection, le bon effet des substances antiseptiques, sont favorables à cette manière de voir.

M. MIOT dit qu'il ne croit pas à la période hypertrophique de la muqueuse. Il a examiné une enfant âgée de six mois qui présentait des cornets inférieurs dont la muqueuse était lisse, mince. Depuis quelques années, il a vu cette petite malade à plusieurs reprises, et il a remarqué que les fosses nasales se développent, mais que les cornets inférieurs conservent un petit volume. On peut donc supposer, dit M. Miot, que cette enfant aura, plus tard, de l'ozène.

M. GOUGUENHEIM propose de porter à l'ordre du jour de la session générale prochaine la question de la Rhinite atrophique.

L'assemblée adopte cette proposition.

14° Lymphatiques du larynx, par M. POIRIER, de Paris.

M. Poirier présente deux grands dessins sur lesquels on voit les vaisseaux lymphatiques de la face inférieure des lèvres de la glotte, allant se rendre dans un ganglion sous-cutané, à travers le ligament rayonné thyro-cricoïdien, ainsi que les deux moitiés desséchées du larynx modèle.

Le système lymphatique du larynx est remarquable par son développement; toutefois au dire de tous les anatomistes, tant français qu'étrangers, il faut distinguer dans cet organe deux régions essentiellement différentes au point de vue du nombre et de l'importance des vaisseaux lymphatiques : une région sus-glottique dans la muqueuse de laquelle les lymphatiques s'étalent avec une prodigieuse richesse, et une région sous-glottique où ces vaisseaux ne forment plus qu'un réseau délié à mailles assez larges. En conséquence, il n'est question dans les descriptions, que des troncs lymphatiques qui partent du réseau sus-glottique et qui traversent la membrane thyro-hyoïdienne pour se rendre dans les ganglions situés autour de la bifurcation des carotides.

Des recherches de contrôle m'ont conduit à des résultats sensiblement différents de ceux qu'enseignent les anatomies classiques, ainsi qu'en témoignera la description suivante tracée à l'aide de pièces injectées au mercure et déposées au musée de la Faculté.

Réseau lymphatique de la portion sous-glottique du larynx. —

Il est formé d'un lacis extrêmement riche et serré de vaisseaux lymphatiques, sous lequel la muqueuse disparaît presque entièrement après une injection réussie. En bas, il se continue, sans démarcation évidente, avec le réseau lymphatique également très développé de la muqueuse trachéale; en haut, il s'avance jusqu'au bord libre de la corde vocale inférieure, où il se raréfie très notablement, pour se continuer avec le réseau de la région ventriculaire. — En avant, dans l'angle d'insertion des cordes vocales inférieures au thyroïde et, en arrière, sur la face interne des aryténoïdes, les mailles du réseau sous-glottique s'allongent dans le sens vertical, et ainsi sont formés deux groupes ou pinceaux de vaisseaux lymphatiques intra-muqueux qui gagnent la région ventriculaire et se perdent dans le réseau lymphatique de celle-ci.

Réseau lymphatique de la région ventriculaire. — Bien qu'il ne soit pas décrit dans les anatomies, à ma connaissance du moins, ce réseau existe. Je l'ai injecté par hasard en piquant la muqueuse sous-glottique, mais on réussit assez facilement à l'injecter par piqure directe; ce réseau est aussi riche que ceux des régions sus et sous-glottiques avec lesquels il se continue.

Troncs lymphatiques. — Les troncs lymphatiques qui partent du réseau laryngé doivent être divisés en supérieurs et inférieurs; les premiers seuls ont été signalés; ils sont suffisamment connus ainsi que les ganglions auxquels ils se rendent. — Les troncs lymphatiques qui partent du réseau sous-glottique affectent un tout autre trajet et une terminaison bien différente.

Ils ont échappé jusqu'ici à l'observation des anatomistes.

Au nombre de trois à cinq, ils traversent la membrane crico-thyroïdienne et se rendent tantôt dans un ganglion placé au-devant de cette membrane, ganglion pré-laryngé, tantôt dans des ganglions latéraux situés sur les parties latérales et inférieures du larynx, entre cet organe et la carotide primitive, mais toujours plus rapprochés du conduit laryngien.

Ganglion pré-laryngé. — Les anatomies classiques, non plus que les ouvrages spéciaux sur l'anatomie du larynx ou du système lymphatique, ne font point mention de ce ganglion.

Il existe cependant dans la moitié des cas environ. Je l'ai recherché sur une centaine de cadavres environ et je l'ai rencontré quarante-neuf fois. De grosseur variable avec l'âge des sujets, ce ganglion pré-laryngé est placé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, au milieu de la graisse et des ramuscules artériels et veineux qui remplissent le V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. Une fois sur dix, en moyenne, on rencontre deux ganglions pré-laryngés au lieu d'un.

Lorsque ce ganglion pré-laryngé manque, les troncs lymphatiques de la région sous-glottique, après avoir traversé la membrane crico-thyroïdienne, passent au-devant du muscle crico-thyroïdien, pour gagner les ganglions laryngés inférieurs dont j'ai parlé plus haut.

En résumé, la muqueuse laryngée possède un réseau lymphatique qui occupe la couche la plus superficielle du derme muqueux. Ce réseau également développé dans les régions vestibulaire, ventriculaire et sous-glottique s'appauvrit très notablement au niveau du bord libre des cordes vocales, de l'inférieure surtout.

Les troncs lymphatiques qui partent de ce niveau doivent être divisés en supérieurs et inférieurs. D'une façon générale, ils suivent le trajet des artères laryngées, confirmant une fois de plus la loi du développement parallèle des vaisseaux à sang rouge et de ceux à sang blanc.

Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du larynx

sont répartis en plusieurs groupes : les supérieurs sont situés de chaque côté du niveau de la bifurcation de la carotide primitive ; les inférieurs sont placés au-devant de la membrane crico-thyroïdienne ou sur les côtés du cartilage cricoïde au fond du sillon que forment l'accolement du larynx et des vaisseaux carotidiens.

Cette étude anatomique comporte un certain nombre d'applications à la pathologie. Je pense que les adénites consécutives aux affections laryngées aiguës ou chroniques peuvent se manifester dans tous les ganglions qui reçoivent les troncs lymphatiques émanés du réseau laryngien, aussi bien dans les ganglions inférieurs que dans les supérieurs. Il me semble qu'un certain nombre de tumeurs, d'abcès, de fistules, etc., dont la pathogénie est encore obscure, peuvent être rapportés à des affections des ganglions inférieurs ou pré-laryngés. Il est sûr qu'un certain nombre d'abcès de la région sous-hyoïdienne ne sont que des adénites. Pendant l'hiver 1886-1887, j'ai pu montrer, plusieurs fois, aux élèves qui disséquaient dans mon pavillon, des hypertrophies du ganglion pré-laryngé, et j'en ai présenté dernièrement un beau cas à la Société anatomique.

15° Rougeole. Otite moyenne purulente ; abcès mastoïdien, par M. BARATOUX, de Paris.

Le 19 février 1887, je reçus la visite d'un enfant de sept ans qui avait eu la rougeole le 27 décembre 1886.

Vers le 10 février, il fut pris de douleurs vives dans l'oreille gauche et trois jours après survint un écoulement purulent à la suite duquel les douleurs disparurent. Deux jours après l'ouverture spontanée de la membrane tympanique, l'enfant ressentit de nouvelles douleurs au niveau de la région mastoïdienne et quarante-huit heures après, le 17 février, l'écoulement de l'oreille qui avait été très abondant jusque-là, diminua au point de faire croire aux parents qu'il avait cessé complètement.

Comme traitement, les parents n'avaient employé que les

cataplasmes de farine de graine de lin sur l'oreille, depuis le début de la maladie.

Le jour où j'examinai l'enfant, je constatai une fièvre intense, de l'inappétence, de l'insomnie. La région mastoïdienne était rouge, tuméfiée, douloureuse, au point que l'enfant ne voulait pas se laisser examiner. Cependant, je pus constater une sensation nette de fluctuation.

Le conduit était rempli de pus qui n'était nullement concret, du moins autant que je pus le constater.

A la suite d'une injection pratiquée pour nettoyer l'oreille, j'aperçus une perforation occupant le quart antéro-supérieur du tympan, limitée en arrière par le bord du manche du marteau.

En exerçant des pressions sur l'apophyse mastoïde je réussis à faire refluer le pus dans le conduit.

— Le lendemain matin, c'est-à-dire le 20 février, après avoir donné du chloroforme à l'enfant, je pus constater et faire constater aux deux confrères qui m'assistaient l'existence d'une dépression au niveau de la partie supéro-postérieure de l'apophyse mastoïdienne ; cette dépression était le siège d'un orifice permettant de faire refluer le pus dans le conduit des cellules mastoïdiennes.

Une incision verticale de 3 centimètres de long fut faite à ce niveau et je pus faire pénétrer par cet orifice jusqu'à la caisse un stylet de trousse qui me permit de constater que la fistule avait un diamètre d'environ 3 millimètres.

Après avoir pratiqué les lavages de l'oreille, je mis un drain dans la plaie et j'appliquai un pansement antiseptique.

Le 1^{er} mars la plaie ne présentait plus qu'un petit orifice à la partie inférieure et le 5 mars, jour où nous voyons de nouveau le malade, la plaie est complètement fermée. Le tympan est lui-même entièrement cicatrisé depuis la fin de février. La montre qui, avant l'opération, n'était pas entendue au contact, est entendue alors à 0^m20.

Mon but en citant cette observation a été d'attirer l'attention sur la marche rapide de l'ouverture de l'abcès intra-mastoïdien au-dehors.

En effet, le développement de l'abcès intra-mastoïdien n'a pas habituellement une marche aussi rapide.

M. Politzer ne cite qu'un cas analogue chez un malade qui, dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut pris d'une otite moyenne bilatérale qui deux jours après donna lieu à un abcès douloureux de la région mastoïdienne droite. Par suite de la marche rapide, M. Politzer crut que la couche corticale de l'os n'était pas entamée, il s'arrêta au diagnostic d'abcès sus-mastoïdien. Mais après l'ouverture de cet abcès, il put faire pénétrer une sonde dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde par une ouverture large d'un demi-centimètre. La guérison survint en quatorze jours.

16° Des pressions exercées sur le tympan au point de vue du diagnostic, par M. Mior, de Paris (1).

17° Kystes du larynx, par M. GAREL, de Lyon.

En avril 1885 je fis une communication à la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lyon sur quatre cas de kystes du larynx. Depuis cette époque j'ai enrichi ma statistique de nouvelles observations plus nombreuses. Les kystes du larynx ont été étudiés pour la première fois avec ensemble par M. Moure, en 1881, et simultanément par Cervesato. Ces deux auteurs ont réuni 101 observations. Schwartz, dans sa thèse d'agrégation 1886, en cite en tout 138 cas et en les comparant aux polypes du larynx, il en établit la proportion à 3 % par rapport à ces derniers. Ma statistique personnelle m'a donné un chiffre supérieur, car, sur 60 cas environ de tumeurs bénignes du larynx, je trouve 16 tumeurs kystiques dont 14 ont leur diagnostic confirmé par l'opération. C'est donc une proportion de 25 %.

Au point de vue anatomo-pathologique, les kystes du larynx se divisent en kystes dermoïdes congénitaux (cas de Blanc), en kystes séreux ou muqueux, kystes épider-

(1) Sera publié.

miques et kystes sanguins. De par leur nature ces kystes ont des modes d'évolution variables. Dans un cas, j'ai pu, comme M. Moure, faire l'analyse de la poche du kyste; elle était formée d'épithélium à type malpighien et d'une enveloppe anhiste. J'ai observé deux kystes sanguins. Dans trois cas, le contenu du kyste était sous forme de masse concrète jaunâtre, dont l'analyse a été faite par mon savant maître, le professeur Renaut. Ces trois kystes méritaient d'être classés dans les kystes épidermiques. Leur contenu était formé d'éléments divers en voie de désagrégation granulo-graisseuse, et de globules de graisse à l'état libre. Dans l'un d'eux on trouvait de belles cellules plates à bords plus ou moins repliés sur eux-mêmes. Dans un autre on constatait des cellules génératrices de la partie profonde de l'épithélium cylindrique; il s'agissait d'un kyste placé sur le point de transition de l'épithélium pavimenteux à l'épithélium cylindrique. Mes autres cas de kystes appartenaient à la classe des kystes séreux.

Les kystes sont le plus souvent, mais non toujours, dus à l'obstruction du conduit excréteur des glandes muqueuses des cordes vocales réunies, d'après Coyne, en deux groupes, s'ouvrant, l'un à la face supérieure de la corde, un peu en dehors du bord libre, l'autre un peu au-dessous de la corde. M. Renaut a signalé un détail anatomique encore inédit qui permet de concevoir le processus formateur des kystes: il s'agit d'une dilatation ampullaire du canal excréteur qui favorise la stagnation du mucus à ce niveau. Je dois faire remarquer que tous mes kystes épidermiques étaient de date relativement récente.

Sur mes 16 observations, 4 appartiennent au sexe féminin. Je crois que les exercices du chant doivent entrer pour une large part dans l'étiologie, puisque sept fois j'ai observé des kystes sur des chanteurs amateurs ou chanteurs de profession.

D'après Schwartz, les kystes intra-laryngés et extra-

laryngés se rencontrent dans une proportion égale. Pour ma part, il n'en a pas été ainsi, car je n'ai observé qu'un cas de kyste épiglottique. J'ai observé aussi, une autre fois, une tumeur d'apparence kystique sur la bande ventriculaire gauche, mais je n'ai pu vérifier le fait, le malade ne voulant pas accepter l'opération.

La plupart de mes observations ont trait à des tumeurs siégeant vers le tiers antérieur des cordes, sorte de lieu d'élection s'expliquant, d'après Klebs et Schnitzler, par la présence à ce niveau d'une espèce de nœud de vibrations. Dix fois sur quinze la tumeur siège sur la corde vocale droite, sans qu'il soit possible de dire pourquoi cette corde est plus souvent affectée.

Je puis également affirmer que tous les kystes paraissent faire saillie soit en dessus, soit en dessous du bord libre des cordes et non sur le bord même, fait en rapport avec la description de Coyne, au sujet des orifices glandulaires.

Parmi les symptômes autres que l'altération vocale, dans la plupart des cas, il faut signaler l'absence de toux et d'expectoration, comme d'ailleurs dans beaucoup de cas de tumeurs solides. L'absence de ces deux signes si fréquents dans les affections inflammatoires limite le diagnostic entre paralysie et néoplasme et permet donc quelquefois, non d'affirmer, mais de soupçonner l'existence d'un néoplasme laryngé.

À l'examen laryngoscopique le diagnostic de tumeur liquide est, à mon avis, le plus souvent très facile, grâce à la teinte opaline, blanchâtre, et à la surface lisse, tendue et arrondie de la tumeur. Le diagnostic des kystes sanguins au contraire est presque impossible.

Les kystes laryngés se développent très lentement et, arrivés à un certain degré, restent stationnaires. Dans deux cas cependant, j'ai pu assister dans l'espace de douze à dix-huit mois à l'évolution complète de l'affection.

Leur guérison spontanée est possible, mais cependant

elle peut se faire attendre indéfiniment. L'opération est de la plus grande simplicité. Je donne la préférence à l'excision de la poche à l'aide d'une petite pince à griffes minuscules montée sur le manche à trois anneaux. Il ne faut pas craindre d'ouvrir largement la poche pour éviter une récurrence. Deux fois j'ai eu à pratiquer une deuxième opération à cause de la récurrence. Dans l'un de ces cas cependant, la première opération avait parfaitement fait disparaître toute saillie, dans l'autre j'avais enlevé une bonne partie de la membrane d'enveloppe, et j'ai dû présumer que la poche était multiloculaire.

Après l'opération le retour de la voix est immédiat, mais il faut plusieurs mois pour obtenir une voix parfaitement pure à cause des phénomènes inflammatoires chroniques provoqués par la présence prolongée de la tumeur.

M. RUault fait remarquer que sur quelques-uns des dessins présentés par M. Garel à l'appui de sa communication, l'aspect des tumeurs des cordes inférieures est identique à celui des petits myxomes qu'on y observe quelquefois. Le diagnostic doit être impossible à établir si la tumeur est écrasée entre les mors de la pince, et si les fragments en sont trop altérés pour que l'on puisse en faire l'examen microscopique, car l'écrasement fait sourdre une goutte de liquide comme celui d'un petit kyste. Or, c'est là tout ce que l'on peut voir dans le miroir pendant l'opération, dans des cas favorables, c'est-à-dire bien rarement.

M. GAREL répond qu'il a été presque favorisé, puisqu'il est tombé sur une série heureuse, et qu'il a pu non seulement voir le liquide s'échapper du kyste, mais encore recueillir des fragments de la paroi dont l'examen histologique a démontré la nature des tumeurs.

18° Tumeur du corps thyroïde, par M. AIGRE, de Boulogne-sur-Mer (1).

(2) Voir page 304.

M. GOUGUENHEIM demande si l'examen laryngoscopique a été fait.

M. AIGRE répond qu'il ne l'a pas fait.

19° **Traitement de la tuberculose laryngée**, par M. HERING (1).

M. GOUGUENHEIM a reçu de notre collègue M. Hering de Varsovie, un mémoire en allemand sur le *traitement chirurgical de la tuberculose laryngée*. Ce travail, remis trop tard, n'a pu être traduit à temps pour en donner lecture à la Société.

M. GOUGUENHEIM se borne à montrer à ses collègues et confrères présents, des chromo-lithographies et une photographie, où l'on voit les cicatrices des lésions laryngées obtenues; un dessin des instruments, curettes, scarificateurs, seringues pour injections hypodermiques, porte-ouate pour badigeonnages à l'acide lactique complètent l'envoi.

20° **De la vue rhinoscopique antérieure**, par M. CRESSWELL BABER, de Brighton.

L'expérience m'a démontré, dit M. Baber, qu'une ébauche obtenue de la vue rhinoscopique antérieure, accompagnée de quelques notes, est plus utile qu'une longue description écrite.

L'absence de dessins, à propos de cornets, est due à l'aspect nécessairement perspectif qu'offrent à la vue les différentes parties des fosses nasales et aux variations qu'elles présentent chez le même individu.

Le but du dessin n'est pas seulement de faciliter le moyen de les reconnaître, mais aussi d'aider le novice à se rendre rapidement compte des apparences observées dans un cas donné.

M. Baber fait ensuite sa démonstration sur des dessins amplifiés :

(3) Sera publié.

I. — Quand le cornet inférieur est rétracté, son extrémité antérieure présente une surface ondulée, quelque peu irrégulière, se terminant en bas par un bord plus ou moins mince qui surplombe le méat inférieur. Sa surface interne raccourcie, a l'apparence soit d'une concavité peu profonde, soit d'une éminence légèrement arrondie. A

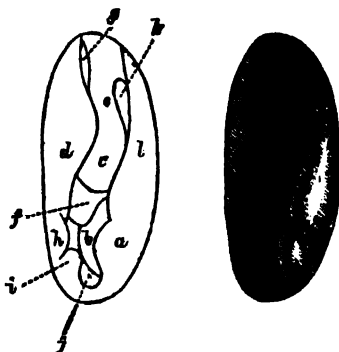


FIG. 1

Vue rhinoscopique antérieure chez une femme âgée de vingt-six ans, dessin de l'auteur (C. BABER)

a Extrémité antérieure rétrécie du cornet inférieur ; — *b* surface interne avec renflement arrondi ; — *c* bord antérieur du cornet moyen ; — *d* Tubercule de la cloison ; — *e* col du cornet moyen ; — *f* bord supérieur du précédent ; — *g-k* dépression des deux côtés du col, l'une du côté de la fente olfactive, l'autre, du côté du méat moyen ; — *h* renflement sur la cloison ; — *i* même renflement plus profond ; — *j* méat inférieur ; — *l* col du cornet inférieur.

l'aide d'une sonde, on sent l'os sous la membrane muqueuse.

Au dessus et à une distance beaucoup plus grande de l'orifice nasal, on reconnaît le cornet moyen dont les bords antérieur et inférieur sont les parties les plus rapprochées de l'œil de l'observateur. En fait, une partie considérable de ce cornet est cachée par le tubercule de la cloison (*d*).

Ce tubercule décrit par Morgagni consiste en un épaississement de la muqueuse contenant à sa partie antérieure une accumulation de glandes.

Les trois dessins suivants montrent quelques-unes des différences que l'on rencontre à droite.

Toutes les apparences se rencontrent dans la pratique, d'après mon expérience, dit M. Baber ; il est plus rare de trouver le tubercule de la cloison aplati que de le voir masquer une partie considérable du cornet moyen.

Ce tubercule décrit et dessiné par Zuckerkandl, doit être distingué d'une déviation de la cloison, à laquelle il



FIG. 2

a lèvre extérieure du bord antérieur du cornet moyen ; — *b* angle du même cornet ; — *c* bord inférieur ; — *d* cornet inférieur ; — *e* tubercule de la cloison ; — *f* paroi extérieure de la cavité nasale.

ressemble ; il existe ordinairement des deux côtés sur le même individu ; les deux tubercules peuvent se comparer à l'aide d'une lame du spéculum de Fränkel, introduite dans chaque narine.

L'attouchement de la sonde peut le déprimer et déterminer l'éternûment.

Quand la cloison est fortement déviée le cornet inférieur et le cornet moyen présentent, dans la fosse nasale la plus spacieuse, un développement plus grand que ceux de la fosse opposée.

En projetant une forte lumière à travers le méat inférieur, on peut voir les mouvements du voile du palais pendant la déglutition et la phonation, ainsi que la paroi postérieure du pharynx, quand ce voile est au repos.

II. — Dans ce cas, le cornet inférieur obstrue le méat

inférieur ; il empêche de voir le naso-pharynx et ne permet qu'un *coup d'œil* sur le cornet moyen. Quand le gonflement est plus prononcé, ce dernier est complètement masqué ; le cornet inférieur touche la cloison et offre l'aspect d'une éminence ronde, à surface lisse.

La sensation produite par l'attouchement de la sonde est celle d'un *coussin mou*, se laissant facilement déprimer et reprenant aussitôt sa forme première. Ce signe est



FIG. 3.

Vue rhinoscopique antérieure sur un homme de vingt-quatre ans, chez lequel le corps érectile muqueux du cornet inférieur se tuméfiait pendant l'examen.

a Cornet inférieur gonflé, congestionné ; — b col du même, masquant le cornet moyen.

caractéristique ; il sert à distinguer cet état érectile de la muqueuse de l'hypertrophie véritable du cornet.

Quant à la couleur, elle peut être plus ou moins pâle, plus ou moins colorée ou rouge.

L'observation démontre que la vue des parties profondes est plus souvent gênée par le gonflement érectile de la muqueuse que par les diverses difformités de la cloison. On peut, à l'aide d'une sonde, d'un crochet ou de tout autre instrument, écarter ou déplacer cette partie renflée, et obtenir une vue plus étendue de la fosse nasale. La cocaïne trouve ici son emploi ; cet état érectile de la partie antérieure du cornet inférieur n'obstrue pas en général d'une façon très sensible la voie nasale, à moins qu'il ne soit porté à un degré extrême.

M. Baber termine sa communication en disant que l'attouchement de l'extrémité antérieure du cornet

inférieure ne cause ordinairement aucun phénomène réflexe, si ce n'est exceptionnellement la *toux*.

21° **Du vertige nasal**, par JOAL (1).

M. MOURE, tout en reconnaissant l'intérêt et l'importance du travail de M. Joal, se demande si l'on a toujours, dans les cas dits : « vertige nasal », examiné les oreilles, consulté l'estomac et les centres nerveux.

M. RUALT reconnaît que dans une de ses observations relatée dans le travail de M. Joal l'origine nasale du vertige lui paraît indiscutable. En effet, non seulement on provoquait le vertige par l'atouchement avec la sonde de la partie postérieure de la fosse nasale la moins perméable, mais la guérison a eu lieu après la destruction des parties hypertrophiées à l'aide du galvano-cautère.

M. GELLÉ, sans se refuser à admettre l'étiologie évidente du vertige dans les observations de MM. Joal et Ruault, tient à rappeler combien les conditions statistiques et dynamiques de l'oreille sont facilement modifiées et altérées par les affections naso-pharyngiennes les plus légères en apparence. Au moyen de l'épreuve des pressions centripètes, il lui arrive à chaque instant de provoquer le vertige et d'affirmer ainsi son origine auriculaire évidente alors que l'absence de troubles auditifs et l'excellence de l'audition semblent devoir éloigner absolument de cette détermination étiologique auriculaire.

M. RUALT dit qu'il n'a pas cherché à produire le vertige auriculaire par le procédé dont parle M. Gellé. L'ouïe était normale et rien n'aurait pu faire soupçonner l'origine auriculaire du vertige. Il est possible qu'on eût pu le provoquer, mais cela n'aurait pas suffi à prouver l'origine auriculaire du vertige spontané, tandis que la guérison de la maladie après la disparition de la lésion nasale montre bien qu'elle était d'origine nasale.

22° M. MIOR présente un malade qui était atteint d'un **épithélioma du pavillon gauche**, et auquel il a enlevé au

(1) Sera publié.

moyen du galvano-cautère une partie de ce pavillon. La cicatrice est régulière, et l'oreille à peine déformée. Le malade se porte bien et tout fait présumer que le mal ne récidivera pas, car il n'existe pas de ganglions péri-auriculaires.

23° M. FAUVEL présente un malade sur lequel M. Péan a fait en 1885, l'**extirpation du larynx**, ne laissant que l'épiglotte et une partie des aryténoïdes. Plusieurs Sociétés savantes et la Presse médicale ont déjà eu l'occasion de s'en occuper. Le malade a repris sa profession; il parvient à se faire comprendre au moyen d'un bruit guttural faible, mis en parole au moyen de la bouche et des lèvres; ce semblant de voix, mal timbré et peu sonore, permet cependant d'entendre sa prononciation à une certaine distance.

Tous les appareils prothétiques envoyés de Vienne, de Berlin, n'ont servi à rien pour donner à l'opéré le moyen de remplacer son larynx perdu; le malade préfère son reste de bruit guttural à ces instruments. C'est là une des plus belles opérations chirurgicales dont on doit la conception aux progrès des études laryngologiques.

En présentant ce malade, M. Fauvel raconte qu'il avait établi le diagnostic : *Syphilis laryngée*. Après l'opération, la pièce pathologique fut remise au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Or, un des élèves du laboratoire lui dit qu'il s'agissait d'un *épithélioma tubulé*, tandis qu'un autre élève du même laboratoire lui affirma que la *pièce avait été perdue*. M. Fauvel persiste à croire qu'il s'agissait d'une *affection syphilitique*.

ÉTAT FINANCIER DE LA SOCIÉTÉ.

1886-1887 au 14 avril 1887.

Reliquat de l'encaissement, années 1885-86....F.	595.95
Encaissé 1886-1887	1006.15
Total.....	1602.10
Dépenses	588.95
Reste en caisse.....	1013.15

Le Trésorier, L. MÉNIÈRE

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLE.

De l'hémiplégie urémique et de l'otite hémorragique au cours du mal de Bright, par le Dr DEWÈRE, médecin aide-major.

Il s'agit dans cette observation d'un jeune homme de vingt et un ans qui au sixième jour d'une hémiplégie urémique gauche, fut pris dans la nuit d'une légère hémorrhagie par l'oreille gauche. De ce côté, existaient des bruissements avec une douleur pulsatile qui s'irradiait au loin; la douleur était plus vive quand le malade se mouchait, secouait la tête ou entrechoquait les mâchoires. L'ouïe était éteinte, écoulement séro-sanguin; le tympan est rouge sombre; la région mastoïdienne non douloureuse, œdématiée et rouge. Le lendemain, otorrhée franchement purulente. Dix jours après, l'ouïe recouvrant ses fonctions, la douleur disparaissait et à l'examen on constatait l'existence d'une perforation de la partie antéro-inférieure du tympan. Enfin au bout d'un mois, le malade quittait l'hôpital entièrement guéri à part un léger affaiblissement de l'ouïe.

L'auteur fait remarquer que l'otite étant survenue après que l'existence des accidents urémiques eut été bien mise hors de doute, on doit dans ce cas considérer les symptômes auriculaires et paralytiques, comme deux manifestations absolument distinctes de l'urémie. Ces otites hémorragiques ont du reste été indiscutablement constatées au cours du mal de Bright, comme en font foi les observations de Schwartz, Rayer, Fournier et Lécorché, Dieulafoy, etc. Mais il est bon de dire que l'explication n'en a pas toujours été facile; ainsi Dieulafoy en 1878, recourait pour expliquer les troubles auditifs du mal de Bright à l'hypothèse d'un œdème localisé à la gaine du nerf auditif. Plus tard, on a admis la relation qui pouvait exister entre l'état des reins et les otorragies et aujourd'hui on s'accorde assez facilement à reconnaître comme liés à la présence d'un épanchement séro-sanguin ou hémorragique dans la caisse les troubles auriculaires observés chez les brightiques ou les diabétiques.

M. Dewèze croit qu'il y a là un problème pathogénique encore mal connu et dont l'importante solution s'étend non seulement au mal de Bright mais aussi à toutes les maladies infectieuses où les troubles de l'ouïe et les hémorragies offrent une fréquence si remarquable. (*Lyon méd.*, 3 oct. 1886, n° 40.)

M. NATIER.

Méningite cérébro-spinale aiguë consécutive à une otite chronique suppurée, par J. M. DA COSTA.

A l'autopsie, on rencontra sous la dure-mère, une large couche exsudative blanchâtre qui s'étendait sur tout l'hémisphère gauche du cerveau, sur sa base et vers le front. L'hémisphère gauche, en effet, était couvert de pus dans sa presque totalité, mais on en trouvait surtout au niveau des lobes moyens et postérieurs, entre l'arachnoïde et la dure-mère. Il était évident qu'il s'agissait dans ce cas d'une méningite s'étendant de ce point aux parties environnantes. Le cerveau était plus vascularisé qu'à l'ordinaire. Ces lésions étaient dues à une affection chronique de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Le temporal était carié et détruit, et l'inflammation s'était certainement propagée de cet os à la dure-mère. (*Philad. méd. Times*, 8 janvier 1887.)

M. N.

Note sur l'emploi de l'iodol dans le traitement de l'otite purulente chronique, par le Dr Ch. GORIS.

Nombre de médicaments ont été employés contre l'otorrhée, l'acétate de plomb notamment, dont l'action est absolument nulle, le tannin dont l'effet est loin d'être sûr et rapide; en dernier lieu, ont été préconisés l'alcool, l'iodoforme, l'acide borique et enfin l'iodol. L'alcool, agit surtout comme antiseptique, mais son contact est très douloureux, l'iodoforme présente une odeur désagréable; quant à l'acide borique, il mérite avec l'alcool et l'iodoforme, la confiance que les praticiens leur ont accordée. L'iodol, nouveau venu en thérapeutique, a été expérimenté trois fois avec un plein succès par M. Goris; il le considère comme un anti-

septique d'abord et de plus comme un astringent. (Bruxelles, E. Ramlot, libraire-éditeur, 17, rue Grétry. 1887.)

M. NATIER.

Chancre mou de l'oreille moyenne, par le Dr GURANOWSKI.

Ce cas est très probablement unique dans la science. Il s'agit d'une auto-infection observée sur une jeune servante atteinte de chancrelle au niveau des grandes lèvres. Sa maladie durait depuis dix-huit mois, et, en raison de l'incurie de la patiente, avait déterminé une destruction assez étendue des parties génitales externes. Il arriva que cette malade s'inocula la lésion sur la cloison des fosses nasales, probablement en usant du tabac à priser. Elle entra alors à l'hôpital israélite de Varsovie, et pendant le traitement il se développa du côté gauche une otite moyenne aiguë qui amena la perforation du tympan. Un examen approfondi montra à l'observateur que cette complication était sous la dépendance du chancre mou des fosses nasales. D'autant mieux que peu après la perforation du tympan, il se développa de petites chancrelles sur le tragus et le conduit auditif externe, ce qui indiquait d'une façon certaine la nature de la lésion de l'oreille moyenne.

Comme traitement, on saupoudra les parties accessibles avec de l'iodoforme, et on fit des lavages de la trompe d'Eustache avec une solution d'acide borique, au moyen du Politzer. Grâce à ces moyens, ces différentes ulcérations guérissent rapidement. (*Deutsch. Med. Zeitung*, 3/87, et *Lyon med.*, p. 203, n° 6, 1887.)

Quelques exemples d'états morbides peu communs de l'oreille du nez et du larynx (*Illustration of uncommon morbid condition on the ear, nose and larynx*), par le Dr M. BRIDE.

Le pronostic de l'otite moyenne chronique non suppurée. — L'auteur fait observer, avec des exemples à l'appui, que l'on ne doit pas trop se hâter de porter un pronostic absolument défavorable dans les cas d'otite moyenne chronique dans lesquels le diapason placé sur le crâne est mieux entendu de l'oreille la moins malade.

A l'appui de cette assertion le Dr M. Briderapporte plusieurs observations de ce genre dans lesquelles le traitement améliorera beaucoup l'état des malades. Dans l'un de ces cas existent très marqués tous les symptômes de Menière qui disparurent par le traitement. L'auteur en conclut que toutes les fois que l'on soupçonne l'existence d'une maladie de Menière, il est du devoir du praticien de pratiquer un examen très sérieux afin de s'assurer s'il n'y a pas un état catarrhal de l'oreille pouvant donner lieu à ces symptômes et susceptible de disparaître par un traitement approprié.

Tumeur semblable à un papillome et circonscrite au repli inter-aryténoïdien, dans la phtisie. — Les auteurs considèrent une tumeur circonscrite à la région inter-aryténoïdienne comme caractéristique de la phtisie alors même qu'il n'existe au poumon ni ailleurs aucun autre signe de tuberculose. L'auteur rapporte une observation à l'appui.

Erection des cornets inférieurs. — L'auteur donne la classification de Schech des névroses d'origine nasale. Il estime avec Semon qu'alors même que l'examen le plus minutieux n'a fait découvrir aucune autre cause de la névrose, on ne doit jamais promettre au malade un résultat certain de l'intervention opératoire dans les affections de la muqueuse des fosses nasales. L'auteur termine son travail par une observation de polype fibro-muqueux des fosses nasales (*Edimb. Med. Journ.*, mai 1886).

D^r J. CHARAZAC.

Opération pour la déviation de la cloison nasale (*Operation for deviated nasal septum*), par le Dr DIXON.

Le Dr Dixon recommande comme tampon nasal après l'opération un pis (nipple) en caoutchouc analogue à ceux que l'on adapte aux bouteilles servant aux nouveau-nés (Saint-Louis, *Courrier of Med.*, août 1886).

D^r B. D.

Un cas d'éternuement hystérique (*A caso of hysterical sneezing*), par le Dr S. SOLIS COHEN.

La malade âgée de vingt-huit ans se présente en août 1885, avec l'idée préconçue qu'elle est atteinte de « hay fever » et qu'elle sera guérie par des cautérisations galvaniques. Les

accès d'éternuement incoercibles se présentent chez elle accompagnés de larmolement et de dyspnée à toutes les périodes de l'année.

Les antécédents personnels de la malade qui depuis une dizaine d'années a été traitée pour des phénomènes douloureux de diverse nature ne permettent pas de douter qu'elle ne soit hystérique. Les symptômes qu'elle éprouve actuellement durent depuis un an, ils se sont aggravés peu à peu. Les paroxysmes ont une durée plus ou moins longue se produisant parfois fréquemment dans la même journée, quelquefois, une fois par jour avec des rénovations d'un ou plusieurs jours. Elle éprouve lors de l'attaque une sensation de chatouillement dans le nez qui est suivie d'éternuements violents, sensation de brûlures dans les yeux, larmolement; il se produit en outre par le nez un écoulement abondant qui ne tarde pas à obstruer les narines en avant, le liquide alors coule dans la gorge. A l'examen, le larynx et le pharynx sont normaux. Les cavités nasales ne présentent rien de particulier. Il existe cependant dans la fosse nasale gauche, sur la cloison, à un point qui correspond à l'extrémité antérieure du cornet moyen, une zone très sensible, qui touchée avec la sonde détermine une violente douleur et tous les prodromes de l'accès, mais non l'accès lui-même.

M. S. Solis Cohen essaie sans obtenir la guérison définitive la cocaïne en application locale. A l'intérieur, successivement ou en même temps, bromure, valériane, assa-fœtida, belladone et arsenic sans doute. Il se décide alors à faire l'électrisation des fosses nasales, le pôle positif placé dans la fosse nasale gauche, le pôle négatif sur la joue. Au début, il fit usage d'une pile à cinq éléments de Daniell, la force du courant fut ensuite augmentée et on arriva jusqu'à vingt éléments. Les applications d'abord quotidiennes, d'une durée de une à trois minutes, furent plus tard espacées et la malade partit guérie. L'auteur la revit quatre mois après avoir cessé le traitement; elle n'avait pas eu d'accès nouveau.

L'auteur estime que dans les cas de ce genre ce n'est pas

tant la médication employée que l'action qu'elle a sur l'esprit du malade qui amène la guérison. La malade était persuadée que « l'électricité » devait la guérir, seule l'électricité réussit en effet à faire disparaître les accès. Nous partageons complètement l'opinion du Dr S. Solis Cohen, ce n'est pas le remède qui guérit alors mais la confiance que la malade possède soit pour le remède soit pour le médecin qui la traite. (*The N.-Y. Med. Journ.* 27 janvier 1887.) Dr J. CH.

Hémophilie. Pas d'antécédents d'hérédité ou de famille. Accidents scrofuleux dans l'enfance ou la jeunesse. Accidents saturnins à plusieurs reprises Syphilis. Epistaxis abondantes. Saignement des gencives; ecchymoses des oreilles et, plus tard, des mains. Mort par épistaxis, treize ans après la première hémorragie nasale.

L'individu qui fait l'objet de cette observation était un homme âgé de trente ans, peintre en bâtiments, qui vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian, pour se faire soigner d'une épistaxis rebelle à tout traitement. Le titre de l'observation donne un résumé très fidèle de l'histoire clinique du malade. M. Vulpian fait suivre la relation de ce cas intéressant d'hémophilie, de quelques-unes des remarques qu'il lui a suggérées. En premier lieu, la débilité constitutionnelle du sujet qui était un scrofuleux; en second lieu, la profession, et enfin, circonstance à noter, la syphilis qui peut avoir exercé une certaine influence sur la disposition aux hémorragies qui s'est manifestée à un certain âge. (*Revue de Médecine*, n° 2, 10 février 1886, p. 153.) M. N.

Occlusion osseuse de l'orifice postérieur des fosses nasales,
par M. SCHOETZ.

M. Schoetz présente à la Société une jeune fille de seize ans qui, depuis sa naissance, ne possède pas d'odorat et n'a jamais pu respirer librement par le nez. La rhinoscopie postérieure a révélé l'existence de deux diaphragmes obstruant les arrière-fosses nasales et tapissés par une muqueuse. Ces cloisons peu épaisses sont probablement de nature osseuse. Il n'existe dans la science que huit cas analogues, encore

faut-il restreindre à trois le nombre des survies, les autres étant morts dès leur naissance. L'auteur espère par une opération rétablir la respiration et le sens olfactif. (*Société de méd. int. de Berlin*, 21 fév. et *Sem. méd.* du 2 mars 1887, n° 9.)

M. N.

Tumeurs adénoïdes dans le pharynx (*Adenoid growths in the pharynx*, par le Dr W.-B. DALBY.

Dans cet article, l'auteur décrit et préconise un bouclier digital (ongle) un peu dans le genre de ceux du Dr Capart. Le bouclier recouvre la portion dorsale de l'index laissant à découvert la pulpe du doigt. Il décrit ensuite un anneau tranchant dont la tige présente une courbure suffisante pour pouvoir pénétrer dans la cavité naso-pharyngienne. (*The Lancet*, 2 oct. 1886.)

Dr J. CH.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge, par le Dr Aristide VIARD (1).

Dans un premier chapitre et après un aperçu anatomique du pharynx, l'auteur décrit au second paragraphe les lésions de la syphilis sur l'arrière-gorge. Il divise en deux classes les accidents ultérieurs de la syphilose pharyngée : 1° les accidents dits secondaires qui représentent sur l'arrière-gorge les lésions muqueuses équivalentes aux lésions cutanées concomitantes; 2° les accidents dits tertiaires qui offrent aussi la plus grande analogie avec les lésions tertiaires de la peau et du tissu cellulo-adipeux. Éliminant tout ce qui peut avoir trait aux accidents secondaires, il passe de suite à l'étude des accidents tertiaires. Ces accidents se subdivisent en deux ordres : 1° ulcération de l'angine tertiaire; 2° ulcération des tumeurs gommeuses.

Les ulcérations de l'angine tertiaire sont destructives non seulement des tissus qui leur ont donné naissance, mais aussi des tissus voisins et cela très rapidement. Les unes, dites *perforantes*, se limitent le plus souvent aux parties

(1) Henri Jouve, imprimeur, 23, rue Racine, Paris.

molles; elles sont taillées à pic, de forme circulaire, ou ovale; les autres, *serpigineuses*, occupent de préférence le voile du palais, leurs bords sont irréguliers, décollés parfois dans une étendue assez considérable. Dans ces cas, la membrane muqueuse est seule affectée; plus tard, quand l'ulcération est constituée, elle gagne soit en superficie soit en profondeur et parfois même dans les deux sens. On les rencontre sur les parois latérales et sur la paroi postérieure du pharynx, sur le bord libre du voile, à la base de la luette et plus rarement sur les piliers.

Gommes du pharynx. — Au point de vue clinique, deux points sont à considérer; 1° le stade d'infiltration; 2° celui d'ulcération.

Le début de la syphilis pharyngée ou pharyngo-nasale est insidieux et échappe souvent à l'attention du médecin, c'est alors qu'un examen rhinoscopique pourrait être d'une grande utilité. Même embarras dans le cas où l'affection est localisée au pharynx. Dans la période d'état, et quand il s'agit, par exemple, d'une gomme du voile du palais, le malade éprouve de la gêne dans la gorge et bientôt survient une perforation. Du côté du pharynx, la gomme arrive à la période d'ulcération sans provoquer de douleur. Elle est, en général, accompagnée d'une lésion de même ordre du voisinage. On voit alors de la dysphagie, du nasonnement de la voix, de la salivation; plus tard, le nasonnement s'accroît et les liquides passent par les fosses nasales; odeur fétide, haleine repoussante.

Au point de vue du diagnostic, en dehors des cas où d'elle-même la lésion saute aux yeux, on peut supposer que le malade se présente au médecin avec une syphilis manifeste ou bien qu'il ignore au contraire l'affection dont il est porteur. En présence d'un malade syphilitique et en imminence de récurrence, on devra tenir grand compte du coryza, de la tension et de la déformation du voile, de la tuméfaction générale sans réaction fébrile. Plus tard, l'hyperhémie, l'hyperplasie et les ulcérations mettront sur la voie du diagnostic. Le malade ignore-t-il sa syphilis? Souvent alors,

chez les jeunes gens surtout, on confond avec des lésions scrofuleuses. Le diagnostic se basera sur deux ordres de signes; les uns tirés de l'état général et des commémoratifs, les autres de l'examen direct des lésions locales et la marche de la maladie, plus lente dans la scrofule.

Traitée à temps, la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge est susceptible de guérison; mais si l'on vient au contraire à la négliger, les choses changent de face et elle engendre des lésions irrémédiables portant sur les organes des sens (odorat, goût, ouïe) et résultant des cicatrices, déformations, perforations qui gênent plus ou moins le fonctionnement du pharynx.

Le traitement général est celui de la syphilis à cette période. Comme traitement local, lavages antiseptiques et teinture d'iode pour déterger les plaies. On pourra s'il y a lieu, quand la cicatrisation sera complète, songer à la staphylophraphie ou aux appareils prothétiques.

Suit une série de treize observations, dont deux personnelles, avec un index bibliographique un peu incomplet. (*Thèse de Paris*, 1886, n° 78.)

M. NATIER

De l'angine dite de Ludwig, par le Dr CHABROL (1).

La première citation de cette maladie remonte à 1836 et est due au professeur Ludwig, de Stuttgart. En la comparant à l'érysipèle, cet auteur plaça d'emblée dans le cadre des affections malignes la maladie qu'il décrivait. Cette idée de malignité fut admise sans conteste par les contemporains de Ludwig. Mais survint la période de réaction qui, du reste, dure encore et qui veut faire rentrer cette affection dans les processus communs, vulgaires. En France, M. Tissier qui a publié sur ce sujet une série d'articles (*Progrès méd.* 1886) pense qu'on a maladroitement appliqué à des cas différents, le nom d'angine de Ludwig et que souvent il ne s'agit que d'un adénophlegmon vulgaire. L'angine sous-maxillaire infectieuse aurait au contraire une étiologie, une marche et des signes

(1) A. Parent, imprimeur. A. Davy successeur, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.)

tout spéciaux ; et c'est à cette opinion que se range M. Chabrol.

Les prodromes de l'angine de Ludwig sont en général légers et passent souvent inaperçus, puis au bout d'un ou deux jours apparaissent les symptômes caractéristiques de l'affection. C'est d'abord une tuméfaction indolore en avant de l'angle du maxillaire, au-dessous de la branche horizontale et au niveau de la glande sous-maxillaire. Surviennent alors des signes douloureux du côté de la bouche qui vont s'accroissant sans cesse. Bientôt la tuméfaction contourne la symphyse mentonnière et s'étend du côté opposé, remonte vers la région parotidienne d'une part et descend d'autre part au-devant du canal trachéo-laryngien qu'elle vient comprimer. Plus tard, arrivera la gangrène envahissante, progressive, en même temps que l'aggravation des symptômes généraux conduira à l'état typhoïde adynamique complet. Le sujet menacé d'asphyxie a la voix rauque, inintelligible et sourde ; l'alimentation est impossible, le pouls s'accélère. En même temps, soit spontanément, soit par l'intervention, les plaques gangreneuses laissent écouler un liquide grisâtre, horriblement fétide, rempli de détritres noirâtres.

Dans plus de la moitié des cas, la mort est la terminaison fatale. Quand survient la guérison, c'est ordinairement à la suite d'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ; il y a atténuation des symptômes généraux, tandis qu'au contraire les symptômes locaux restent longtemps stationnaires.

L'auteur rapporte ici une série de sept observations avec trois cas de mort survenus soit par aggravation des symptômes généraux, soit par infection, soit enfin par asphyxie.

Cette maladie à allures aussi spéciales, où l'on rencontre une induration pierreuse, faisant corps avec le maxillaire sans fluctuation, se terminant par la gangrène avec un état grave infectieux, semblerait ne devoir en rien prêter à la confusion. Cependant, outre les embarras du début qui peuvent permettre la confusion avec un commencement de scarlatine, d'érysipèle, d'angine infectieuse, il faudra encore faire le diagnostic avec : 1° *Maladies locales, inflammations simples* (fluxions dentaires, phlegmon traumatique, phlegmon large du cou, de

- 362 -

appartien. phleg. hygroma thyro-hyoïdien, infl. de la bourse
séreuse de Fleischmann, ostéo-périostite du max. inférieur) ;
- Maladies infectieuses et microbiennes (adéno-phlegmon,
amgd. suppurée et péri-amgd., amgd. infectieuse,
oreillons).
- Étude de vue anatomo-pathologique, on a rencontré le
- depuis la simple rougeur jusqu'à la
celluleuse
Inflam-
rapidement. grande sous

Au point de vue anatomo-pathologique, on a rencontré le tissu cellulaire altéré depuis la simple rougeur jusqu'à la gangrène. Les muscles sont dissociés, l'atmosphère cellulaire des ganglions lymphatiques se ramollit rapidement. Inflammation des vaisseaux artériels et veineux. La glande sous-maxillaire peut être saine ou au contraire gangrenée. Du côté du larynx on a trouvé de la rougeur des nerfs vagues et même une atrophie du nerf laryngé. D'autres fois, les lésions peuvent aller jusqu'à la destruction. Les lésions du côté des plèvres, du péricarde, des ventricules cérébraux. L'examen microscopique peut encore des lésions de fibrilles conjonctives, des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques; on a encore

[illegible]

M. NATIER.

... les larges sacri-

fices surtout dans certaines variétés de cancer alors que le néoplasme commence par les parties latérales de l'organe au niveau de son tiers moyen, puis envahit latéralement les parties voisines et atteint successivement le plancher de la bouche et le maxillaire. Dans ces cas, le professeur Verneuil enlève en même temps que la langue malade toute la partie du maxillaire qui a contracté des adhérences avec elle. De cette façon, on fait à ciel ouvert l'exploration du mal et les suites opératoires seraient beaucoup plus simples. La survie serait plus longue, car il aurait vu des malades rester quatre ans sans récidive.

M. Bouilly ne croit pas les chances de survie notablement augmentées par ce procédé, car il reste toujours la récidive ganglionnaire sur laquelle cette grave opération ne saurait avoir d'influence.

Comme *M. Verneuil*, *M. Marc Sée* croit que le maxillaire atteint par le néoplasme doit être enlevé. *M. Polailon* partage aussi cette opinion. (*Société de chirurgie de Paris*, séance du 24 novembre; *Sem. méd.* du 1^{er} décembre 1886.)

M. NATIER.

Sur un cas de défaut de développement des organes sexuels, associé à une absence congénitale des amygdales, par
A. P. GOULD.

Il s'agit dans cette observation d'un homme de trente-sept ans, grand de six pieds, élancé, cheveux blonds, efféminé, visage doux, avec une voix d'enfant et pas un poil de barbe. Il avait un penis très petit, des testicules aussi très petits mais l'épididyme droit volumineux, ce que *M. Gould* attribuait à un coup reçu par l'enfant, alors qu'il était âgé de sept ans. A peine si on pouvait sentir la prostate à travers le rectum; quant aux vésicules séminales, impossible de les sentir. Cet homme n'avait point de désirs sexuels; le seul signe de l'activité sexuelle, se traduisait chez lui par un léger priapisme. Il existait une hernie du côté droit.

Comme amygdales, il n'en existait que des traces.

Voilà un cas qui, au dire de *M. Gould*, soulève la question

de savoir s'il existe une étroite relation entre les amygdales et les testicules. Il est, en effet, de tradition populaire que l'excision des amygdales avant la puberté met en danger la virilité, et le Dr Shorthouse, cité par le Dr Ogle, considérerait le fait comme fréquent. L'atrophie des amygdales et la disparition des atteintes répétées d'amygdalite à la puberté, étaient en effet considérées comme des conséquences de la maturité sexuelle. D'un autre côté, au Zanzibar, où tous les enfants ont les amygdales enlevées, les testicules sont parfaitement développés, et l'opération est maintenant de pratique si courante, qu'elle servirait à prouver surabondamment qu'elle n'a aucun résultat fâcheux sur le développement sexuel. L'ablation d'un organe développé diffère beaucoup de son développement imparfait; aussi dans les deux cas, les résultats sont-ils différents. (*Med. Press and Circular*, 13 octobre 1886, et *The med. Analect.* N.-Y., nov. 1886.)

M. NATIER.

Contribution à la thérapeutique des amygdalites aiguës,
par le Dr A. LEBRUN.

Partisan des idées microbiennes, M. Lebrun les a appliquées au traitement des amygdalites aiguës. Il a d'abord prescrit avec succès des gargarismes à l'acide borique, mais il aurait encore obtenu un meilleur résultat des badigeonnages avec le collodion iodoformé. Aussi est-il bon de préconiser ce traitement dans des cas analogues. (*La Clinique*, 13 janv. 1887, n° 2.)

M. NATIER.

Fibrome pharyngo-laryngé volumineux. — Guérison (*A Large pharyngo-laryngeal fibroma; Cured*), par le Dr E. FLETCHER INGALS.

E. G..., quarante-sept ans, est malade depuis deux ans; il se présente au Dr Fletcher Ingals, le 7 janvier 1886, porteur, d'après le Dr Enfield qui l'envoie, d'un fibrome laryngien, dont une partie a été enlevée quelques mois auparavant par un chirurgien, mais l'amélioration obtenue n'a pas persisté, la tumeur ayant continué à s'accroître. Au laryngoscope on voit une tumeur volumineuse remplissant le laryngo-pharynx et le vestibule; elle cache le larynx tout entier à l'exception

de l'épiglotte. Une petite ulcération existe à la surface supérieure de la tumeur et paraît être le résultat de quelque application caustique.

Un petit lobe de la tumeur paraissant situé immédiatement au-dessous et en dedans du repli ary-épiglottique est enlevé à l'aide de l'écraseur, il se fait un léger écoulement de sang. L'examen du néoplasme révèle une texture fibroïde mais non complètement fibreuse. Le lendemain, ablation d'une nouvelle portion de la tumeur, celle-ci très nettement fibreuse. Les jours qui suivirent, d'autres portions furent enlevées, et le malade complètement débarrassé de sa tumeur qui s'insérait sur le côté droit du pharynx à un demi-pouce au-dessus du repli ary-épiglottique droit; depuis lors, la production n'a montré aucune tendance à récidiver. (*Journ. of the Amer. Med. Association*, 16 oct. 1886.) D^r J. CH.

Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies,
par le Dr Albert RUAUT.

C'est à la dose de 4 à 6 grammes au moins et chez des personnes atteintes de rhume vulgaire que l'auteur a administré le benzoate de soude. Il l'a d'abord prescrit à la périodedité decoction et a cru remarquer qu'il abrégait notablement la durée de la maladie. Plus tard, il l'a prescrit dès le début et a pu de la sorte hâter manifestement l'évolution de l'affection.

Une seule fois il a obtenu des résultats incontestables dans le cas de laryngite catarrhale, aiguë, simple, primitive. Dans l'angine érythémateuse on voit disparaître la rougeur, la sécheresse et la douleur à la déglutition.

S'il est vrai qu'il ne saurait recommander l'emploi du benzoate de soude dans la laryngite catarrhale chronique et dans la bronchite chronique, il en est tout autrement dans les cas de coryza chronique simple et dans quelques formes d'angine chronique où les résultats obtenus sont très satisfaisants.

Il n'a pas eu l'occasion d'en prescrire l'emploi dans le

traitement de la diphtérie et de vérifier ainsi les bons effets qu'en auraient obtenus Litznerich et M. Paul Le Gendre.

Jamais il n'a vu d'accidents survenir à la suite de son administration; un seul reproche pourrait lui être adressé, c'est sa saveur à la fois piquante et douceâtre qui donne parfois des nausées à certains malades et empêche d'en continuer l'emploi. Cependant, à l'aide de certains correctifs on peut arriver à une tolérance convenable.

L'usage du benzoate de soude aux doses indiquées par l'auteur ne saurait à son avis être continué pendant plus de 12 à 13 jours consécutifs. (*France méd.*, 1^{er} et 4 janvier 1887, nos 1 et 2. Communication à la Société clinique de Paris.)

M. NATIER.

Cedème de la glotte ayant causé la mort chez un nouveau-né,
par le D^r H. Vogt (de Bergen).

Une dame, de santé excellente, avait eu ses deux derniers enfants mort-nés, une petite fille bien formée naquit avec une anasarque généralisée; elle mourut trois quarts d'heure après sa naissance, après avoir en vain fait plusieurs grandes inspirations pour permettre à l'air d'arriver dans les poumons. A l'autopsie, on trouva de l'ascite avec adhérence de la face convexe du foie au diaphragme; le larynx était complètement obstrué par une infiltration œdémateuse considérable des replis ary-épiglottiques. Le placenta était aussi œdématisé. L'auteur croit que tous ces accidents sont imputables à l'occlusion trop précoce du trou de Botal. (*Norsk. Magaz. for. Læger*, septembre 1886 et *Revue int. des Sc. méd.*, 31 oct. 1886, n° 34.)

M. N.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Abercrombie (J.) et **Gay** (W.). — Trois cas aigus d'ulcération tuberculeuse de l'arrière-gorge (*Brit. med. Journ.*, 13 nov. 1886).

Ariza. — Pharyngite granuleuse. Laryngite folliculaire. Hypertrophie amygdalienne. Traitement (*Annales de Otol. y Laring.*, 1887).

Ayasa (Abel). — Sur les tumeurs du pharynx (*Annales del Circ. med. Argent.*, Buenos-Ayres, avril 1887).

Baker. — Traitement de l'amygdalite (*Brit. med. Journ.*, 9 avril 1887).

- Bateman.** — Un cas de logonévrose épileptique (*Encephale*, janv.-févr. 1887, n° 4, p. 5).
- Berg.** — Du cancer de la langue et son traitement (*Svenska Lakaresällskapets Förhandlingar Hygiea*, p. 125, 1886).
- Blaxam.** — Restauration de la bouche (*Med. Soc. of London, in. Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887, p. 679).
- Boiwreman-Jesset.** — Sur un cas de sarcome myéloïde, ayant envahi les deux maxillaires supérieurs, la voûte palatine et le voile; extirpation, etc. (*The med. bulletin*, n° 4, avril 1887).
- Bruce Clarke.** — Observation de kyste sanguin de la langue (*Med. Soc. of London, in Brit. med. Journ. et The Lancet*, 30 avril 1887).
- Bruneau.** — Des ulcérations tuberculeuses de la bouche (*Thèse Paris*, 24 mars 1887).
- Butlin.** — Sarcome de la langue. Extirpation de la moitié, guérison, remarques (*The Lancet*, 26 mars 1887, p. 623).
- Butlin (Heinr.).** — Les maladies de la langue (Vienne, 1887, *Wilhelm Braumüller*).
- Cazin.** — L'amygdalotomie sous le chloroforme (*Société de chirurgie*, séance du 27 avril 1887).
- Clinton Wagner.** — Hémorragie alarmante après l'amygdalotomie, arrêtée par la torsion de l'artère (*The N.-Y. med. Journ.*, 16 avril 1887).
- Corfield.** — Mal de gorge causé par le gaz (coalgas) (*Soc. of med. office of Health in Brit. med. Journ.*, 30 avril 1887, p. 938).
- Diaz Illera (M.).** — Adhérences de la langue (*El siglo med.*, 27 mars 1887).
- Easby.** — Amygdalite (Cambridge. *Med Soc., in Brit. med. Journ.*, p. 680, 26 mars 1887).
- Erben.** — Paralyse unilatérale du pharynx, du larynx et paralysie bulbaire (*Wien. med. Blatter*, X, 4, 2, 1887).
- Farlow.** — Sur cinq cas d'artères volumineuses battant sur la paroi postérieure du pharynx (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 2 avril 1887).
- Faucon.** — Epithélioma et psoriasis lingual (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 25 mars 1887).
- Fux.** — Anesthésie avec la cocaïne dans une opération sur la langue (*Wien. med. Woch.*, n° 14, 1887).
- Gréville.** — Un nouvel uvulotome (*The Lancet*, 7 mai 1887).
- Havilland Hall.** — Ulcération du palais et du pharynx (*The Lancet*, 2 avril 1887, p. 680).
- Hiram Corson.** — Le « Rhus glabrum » contre la stomatite (*The med. and. surg. Rep.*, 12 mars 1887).
- Kohler.** — Statistique des coups de feu de la voûte palatine (*Deuts. Ztsch. f. Chir.*, XXIII).
- Hope (Geo. B.).** — Un cas d'adhérence cicatricielle complète du voile du palais à la suite d'une ulcération syphilitique congénitale. Restauration opératoire (*Quarterly Bullet. clin. Society, Post-Graduate School and Hospital. N.-Y.*, oct. 1886).
- Hope.** — Un amygdalotome perfectionné (*N.-Y. med. Journ.*, 19 mars 1887, p. 327).
- Kummel.** — Uranoplastie à l'aide de l'anesthésie par la cocaïne (*Aerzts Verein in Hamburg, in Deutsch. med. Woch.*, n° 6, 1887).
- Lafitte.** — Fièvre typhoïde, plaque de gangrène du pharynx, etc. (*Journ. des Conn. méd.*, 14 avril 1887).

- Lange.** — Sarcome du pharynx, ablation par résection partielle et désarticulation du maxillaire inférieur (*N.-Y. surg. Soc.*, 23 févr., et *Med. news*, 19 mars 1887).
- Le Bec.** — Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais, restauration par un lambeau pris sur le vomer et par glissement de la fibromaqueuse, guérison (*Gaz. des Hôp.*, 26 avril 1887).
- Legal.** — Une cause fréquente de céphalalgie pharyngo-tympanique (*Deuts. Archiv. f. Klin. medicin.*, XL, janvier 1887).
- Lennox-Browne.** — Lympho-sarcome de l'amygdale (*Med. Soc. of London*, in *The Lancet*, 2 avril 1887).
- Liégeois.** — Cancroïde de la lèvre et chlorate de potasse (*Bullet. méd. des Vosges*, janv. 1887).
- Lockwood.** — Un moyen d'arrêter l'hémorragie pendant les opérations faites sur la langue (*Med. Soc. of London* et in *The Brit. med. Journ.*, *The Lancet*, 23 avril 1887).
- Luc.** — Dilatateur pharyngien (*Journ. of Laryng.*, avril 1887, n° 4, p. 432).
- Marone (A.).** — Adénome occupant la voûte et le voile du palais (*Riforma medica*, n° 243, 1886).
- Monod.** — Ulcération du pharynx (*Soc. de méd. et de ch. de Bord.*, 1^{er} avril 1887).
- Morrow (Prince A.).** — Keratosis follicularis, avec un état fissuré de la langue et de la leucoplasie buccale (*Journ. of cutaneous and venereal diseases*, n° 9, sept. 1886).
- Nivet.** — Ulcération consécutive à un abcès de la glande de Bartholin, simulant un cancer simple (*Ann. de dermat. et de syphil.*, VIII, 7, 8, p. 423, 1886).
- Ortolani.** — Une étrange blessure de la langue (*Progreso medico*, an. 1, n° 7, Naples, 1^{er} avril 1887).
- Orwen (E.).** — Un cas de syphilis héréditaire (*Hawean Soc. of London*, in *Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Patrzek.** — Un cas de luette double (*Deutsch. med. Zeit.*, n° 29, 11 avril 1887, p. 338).
- Philipps.** — Contribution à l'étude des maladies de la luette (*N.-Y. Acad. of med.*, in *the N.-Y. med. Journ.*, 16 avril 1887).
- Pollak (Rotterdam)** — Contribution à l'étude des calculs salivaires (*Neeblad van Het Nederlandsch. Tijdschrift voor geneesvunde*, n° 7, 1887).
- Rabitsch (Josef).** — Un cas de syphilis primitive de l'amygdale (*Berl. Klin. Wochensh.*, n° 17, 23 avril 1887, p. 396).
- Rossbach.** — Importance physiologique des leucocytes issus des amygdales et des glandes folliculaires de la langue (*Sechster Kongress f. inn. med. Wiesb.*, 13-16 avril, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 34, 28 avril 1887, p. 397).
- Santwoord.** — Tuberculose probable du pharynx chez un enfant de huit mois (*The med. Rec.*, 26 mars 1887).
- Schech (Ph.).** — De la langue noire (*Munch. med. Wochensh.*, n° 14, 5 avril 1887, p. 253).
- Schiffers.** — Amygdalotomie (*Mémoires de la Soc. de méd. de Strasbourg*).
- Schwimmer.** — La papayotine dans les fissures de la langue (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887, anal.).
- Seifert (Otto).** — Hypertrophie des glandes folliculaires de la langue (*Berl. Klin. Wochensh.*, n° 19, p. 344, 9 mai 1887).
- Selle.** — Extraction d'une lame de couteau du voile du palais (*Jahresbericht der Gesellsch. Natur. u. Heilk. Dresden*, p. 411, 1885-86).

Tommasoli. — La catéchétite des moissonneurs. Considérations sur une affection spéciale de la lèvre inférieure étudiée la première fois par le Dr Moretti (*Riv. clinica*, n° 2, 1887).

Témoin. — Abcès rétro-pharyngiens: deux cas d'incision suivis de phénomènes d'asphyxie (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, avril 1887, p. 472).

Verneuil. — Tumeur à myéloplaxe de la voûte palatine (*Gaz. des Hôpit.*, 7 avril 1887).

Weinlechner. — Statistique de carcinomes de la langue (*Wien. med. Blätter*, n° 4, 1887).

Wolff (J.). — Uranoplastie et staphylographie chez les enfants (*Kongress de Deuts. Gesellsch.*, Berlin, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Zig*, n° 33, 25 avril 1887, p. 384).

Nez et Pharynx nasal.

Baber (Creswell). — Excision d'une partie cartilagineuse saillante de la cloison des fosses nasales (*Brit. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Baber (Creswell). — Rhinolithé (*The Lancet*, 16 avril 1887).

Baratoux. — Des végétations adéonides (*La Pratique médicale*, n° 13, 10 mai 1887).

Baumgarten (E.). — Des causes de la déviation de la cloison des fosses nasales (*Deuts. Med. Woch.*, n° 22, p. 313, 1886).

Bertillon (Alph.). — La morphologie du nez (*Revue d'Anthropologie*, n° 2, 15 mars 1887, p. 158).

Beverley-Robinson. — Inflammation de l'antre d'Highmore (*The N.-Y. Med. Journ.*, 2 avril 1887).

Boerne Bettman. — Rapport entre les maladies des yeux et du nez (*The Med. and Surg Report*, 12 mars 1887).

Bowil (Edw.). — Un cas de rhinolithé (*Brit. Med. Journ.*, 16 oct. 1886).

Bresgen (Max). — Les amygdales pharyngiennes, leurs maladies, leur traitement (*Deuts. Med. Woch.*, n° 5, p. 86, 3 fév. 1887).

Bresgen (Max). — Simples réflexions sur le gonflement de la muqueuse nasale dans le décubitus latéral (*Deuts. med. Wochensch.*, n° 17, 28 avril 1887, p. 360).

Bresgen (Max). — Rapports entre les affections de la muqueuse nasale et l'asthme et leur traitement chirurgical (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, p. 371, 1886).

Briggs (J.-R.). — Obstruction des voies aériennes supérieures traitée par l'électrolyse (*Texas Courier of med.*, déc. 1886).

Cartaz. — Un cas de rhinite professionnelle (arsenicale) (*La France méd.*, n° 56, 12 mai 1887).

Chatellier. — Asthme de foin et lésions nasales (*Soc. Anat. de Paris*, 25 mars 1887).

Clarence (C. Rice). — Quels sont les cas de catarrhe nasal qui réclament un traitement chirurgical? (*N.-Y. med. J.*, 7 mai 1887).

Clay. — Rhinolithé (*Midland med. Soc.*, 16 mars 1887).

Coriveaud. — Note sur un cas de convulsions choréiformes d'origine réflexe chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 41, 8 mai 1887).

Cozzolino. — De l'alcool éthylique dans les maladies de la muqueuse nasale, naso-pharyngienne et laryngienne (*Arch. Ital. di laryng.*, fasc. 2, avril 1887).

Deakley Rood. — Un cas d'épistaxis grave (*The med. Rec.*, 7 mai 1887).

Derpoel (Van). — Un cas de corps étrangers du nez et de l'antre d'Highmore (*The N.-Y. med. J.*, 16 avril 1887).

Dittrich. — A propos du rhinosclérome (*Verein Deuts. Aerzte in Prag. Sitzung*, vom 18 mars 1887, in *Wiener med. Press.*, n° 18, mai 1887).

Doutrelepont. — Traitement du rhinosclérome (*Deuts. med. Woch.*, n° 5, p. 85, 3 fév. 1887).

Fischer (E) et **Penzoldt**. — De la délicatesse du sens de l'odorat (*Sitzungsberichte d. physik. med. Societat in Erlangen*, Heft 18, 1886).

Frankel (B.). — De l'empyème du sinus maxillaire (*Berl. Klin. Woch.*, n° 16, 18 avril 1887).

Frontis. — Le coryza et son traitement (*New-Orleans Med. and Surg. Journ.*, avril 1887).

Pluyette. — Des fibromes naso-pharyngiens chez la femme (*Rev. de Chirurg.*, 10 mars 1887).

Genzmer. — Sur les déformations de la cloison du nez (*Kongress der Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 33, 25 avril 1887, p. 383).

Guranowski. — Chancre mou du nez et de l'oreille moyenne (*Deutsch. med. Zeit.* n° 3, p. 203, 1887).

Gruget. — Tumeur du dos du nez (*Soc. Anat. de Nantes* 23 mars in *Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril 1887).

Harwood. — Erysipèle du nez avec hémorrhagie intestinale (*The American practit. news*, n° 33, 30 avril 1887).

Hedinger. — De la rhinologie (*Württemb. med. Corresp. Blatt*, n° 32-34, 1886).

Higgins (C.). — Cas de sarcome pulsatile de la fosse nasale gauche avec propagation au sinus maxillaire et à l'orbite (*Guy's Hospital Reports*, série III, vol. XXVIII, p. 91, London, 1886).

Hope (G.-B.). — Un nouveau serre-nœud (*Chir. Soc. of N.-Y.*, 5 février, in *N.-Y. med. Journ.*, 19 mars 1887, p. 327).

Kundrat. — Fissures du nez et de la face (*Wien. med. Woch.*, n° 6, 1887).

Johnston (S.). — Un cas de tumeur naso-pharyngienne (*N.-Y. med. Journ.*, 23 avril 1887).

Jarvis (W.-Ch.). — Nouvelle méthode pour redresser les déviations de la cloison avec un moteur électrique, etc. (*The med. Rec. N.-Y.*, 9 avril 1887).

Lannois. — Les végétations adénoïdes du pharynx (*Lyon méd.*, n° 14, 3 avril 1887, p. 486).

Lairand. — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Journ. des sc. méd de Lille*, 15 avril 1887).

Logan (J.-E.). — Quelques cas de « hay-fever » avec complications (*Kansas City med. Rec.*, oct. 1886).

Loumeau. — Tumeur primitive des fosses nasales (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 avril 1887).

Læwenberg. — Question de priorité à propos du coecus de l'ozène (*Deuts. med. Woch.*, n° 26, p. 446, 1886).

Lublinski. — Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Deuts. mediz. Ztg.*, n° 24, 24 mars 1887, p. 273).

Luc. — Abscès fétide du sinus maxillaire gauche simulant un ozène ouverte par l'alvéole (*Journ. de méd. de Paris*, 27 mars 1887).

Mikulicz. — Traitement chirurgical de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Arch. f. Klin. Chir.*, XXXIV Bd., 3 H., 1887).

Morelli. — Un cas de rhinolith (Pester med. chir. Presse, n° 4, 1887, Exce p. aus orossi Helitap., n° 52, 1886).

Mulchaud. — Rhinoplastie (Indian med. Gaz., mai 1886).

Noquet. — Considérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (Bulletin médical du Nord, n° 3, mars 1887).

Noquet. — Quelques considérations sur la rhinite atrophique (Revue mens. de laryng., etc., n° 5, 1887).

Ralph W Seiss. — Du thymol dans le traitement du coryza atrophique (Med. news, 2 avril 1887).

Raymond (Paul). — De l'épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution (Annales de dermat. et de syphil., n° 3 et 4, 25 mars, 25 avril 1887).

Scanes Spicer. — Polype malin du nez (W. London med. Chir. Soc. in Brit. med. J., 23 avril 1887).

Schœffler (Max) et Nasse (Dietrich). — Gomme tuberculeuse du nez (Deuts. med. Woch., n° 15, 14 avril 1887, p. 308).

Schwabach. — La bourse pharyngienne (Archiv. f. mikrosk. Anat., XXIX Bd, 1887).

Smyke. — Distension de l'antre d'Highmore (South Ind. branch, 4 février, in Brit. med. J., 7 mai 1887).

Starky. — Quelques modifications dans le traitement du rétrécissement du canal nasal (The med. and. surg. Report, 12 mars 1887).

Storchi. — Polype naso-pharyngien, cause d'accès épileptiforme, extirpation, guérison (Spallanzani, Rome, 1886, p. 462).

Vernueil. — Traitement de certaines épistaxis rebelles (La Tribune médicale, n° 977, 8 mai 1887).

Weiss. — Rhinolith (W. London med. Chir. Soc. in Brit. med. J., 23 avril 1887).

Wolkowitsch (N.). — Du rhinosclérome (Wratsch., n° 47, 1886).

Ziem. — Des rapports entre le trachome de la conjonctive et la rhinite catarrhale (Allgem. med. Central Ztg, n° 23, 1886).

X... — Un cas de rhinolith (Wien. med. Woch., n° 45, 1887).

Larynx et Trachée.

Annandale (Th.). — Note sur la trachéotomie préliminaire pour certaines opérations (Edimb. Med. Journ., mars 1887).

Annibale. — Deux trachéotomies (Gaz. degli Ospit., 4 mai 1887).

Astier. — Du traitement de la phthisie laryngée (Paris, 1887, in-8°, 32 p.).

Bilton Pollard. — Difficulté d'établir la respiration après la trachéotomie (Clin. soc. of London, Brit. med. Journ. et The Lancet, 30 avril 1887).

Bosworth. — Valeur pratique de nos méthodes actuelles pour traiter les voies aériennes supérieures (The med. Rec., 30 avril 1887).

Bouchut. — Tubage du larynx remplaçant la trachéotomie dans l'asphyxie du croup (Paris méd., n° 23, 26 mars 1887).

Bouju. — Note sur un cas de mort par hémorragie secondaire au huitième jour après la trachéotomie (La Normandie méd., n° 40, 15 mai 1887).

Bowditch. — Action de l'éther sulfurique sur le système nerveux périphérique (The Americ. Journ. of the med. sc., avril 1887).

Bresgen. — Un cas de spasme de la glotte, consécutif à un anévrysme de l'aorte (Berl. Kl. Woch., n° 8, 1887).

- Barbacci (O.).** — Contribution expérimentale à la physiologie du nerf laryngien supérieur (*Gazzetta degli Ospitali*, an VIII, nos 23 et 24, mars 1887, Milan).
- Brown-Sequard.** — Sur les divers effets d'irritation de la région cervicale antérieure et en particulier de la perte de sensibilité et de la mort (*Acad. des sc. in France méd.*, 19 avril 1887).
- Brunn.** — Traitement de la laryngite tuberculeuse (*Deuts. med. Woch.*, n° 19, p. 404, 12 mai 1887).
- Bryson-Delavan.** — Erysipèle des voies aériennes supérieures, observations (*The med. Rec.*, 23 avril 1887).
- Caillé.** — Tubage du larynx, guérison (*The med. Rec. N.-Y.*, 19 mars 1887).
- Cardone (F.).** — Notes de la clinique de laryngologie de l'Université de Naples (*Riforma medica*, an III, n° 79, Naples, 1887).
- Clarence G. Rice.** — Des rapports de la phthisie laryngée et pulmonaire, importance du traitement local (*The med. Rec.*, 23 avril 1887).
- Coffart et Ehrard.** — Polype de la trachée (*Soc. de méd. de Reims in Un. méd. du Nord-Est*, 15 avril 1887).
- Cheadle.** — Clinique sur la pathologie et le traitement du laryngisme (*The Lancet*, 7 et 14 mai 1887).
- Curtis.** — Note concernant quelques points de la pratique laryngo-rhinologique (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Davies.** — Abscès sous-glottique (*South Wales and Monmouthsh. br. in Brit. med. Journ.*, 14 mai 1887).
- Denison (Ch.).** — Mon premier tubage du larynx (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887).
- Donaldson.** — L'épiglotte et ses fonctions (*Weekly. med. Rev.*, janvier 1887, Anal. in *Gaz. degli Ospitali*, 6 avril 1887).
- Egidi (F.).** — Trachéotomie rapide par le procédé de Saint-Germain (*Gaz. med. di Roma*, avril 1887, fasc. 7).
- Fauvel.** — Cas unique de corps étrangers (dentier) dans les voies aériennes supérieures (*New-York med. monthly*, mars 1887).
- Felici.** — Paralysies et crises laryngées comme élément de diagnostic de l'ataxie locomotrice au début (*Arch. ital. di lar.*, fasc. 2, avril 1887).
- Flesch.** — Du spasme glottique (*Berl. Klin. Woch.*, n° 13, 1887).
- Ganghofner.** — Présentation d'un papillome du larynx (*Verein Deuts. Aerzte in Prag. in Wiener med. Woch.*, n° 12, 1887).
- Gardner.** — Excision du larynx (*The Lancet*, 7 mai 1887).
- Garel.** — Quelques remarques sur un cas de laryngite hémorragique (*Rev. mens. de laryng.*, n° 5, et *Ann. des mal. de l'or.*, n° 5, 1887).
- Garel.** — Fraise pour le raclage des cordes vocales (*Revue mens. de laryng.*, n° 5, mai 1887).
- Gerster (Arpad G.).** — Extirpation unilatérale du larynx avec un cas de guérison (*Ann. of Surgery*, vol. III, p. 20, 1886).
- Gleitsmann.** — Exhibition d'un malade auquel on a enlevé une partie du larynx (*The N.-Y. med. journ.*, 16 avril 1887).
- Gouguenheim.** — Glottes supplémentaires (*Rev. mens. de laryng.*, et *Annal. des mal. de l'or.*, n° 5, 1887).
- Gouguenheim.** — Traitement local de la phthisie laryngée (*Rev. génér. de Clin. et de Thérapeut.*, 24 mars 1887).
- Hayes Agnew.** — Excision du larynx et du pharynx (*Med. News*, 9 avril 1887).

- Hayes** (Reginald A.). — Papillome du larynx (Dublin, *Journ. of med. sc.*, septembre 1886).
- Hathaway**. — Suicide particulier en se coupant la gorge (*Brit. med. Journ.*, 30 avril 1887).
- Heschmann**. — Rétrécissement du larynx de cause inconnue (*Soc. anat. de Paris*, 25 mars 1887).
- Henschen**. — Hémiatrophie de la langue consécutive à une lésion bulbaire (*Upsala Lakareförenings Förhandlingar*, Bd XXI, n° 7, p. 347, 1886).
- Hering**. — Traitement chirurgical de la phthisie laryngée (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, n° 5, 1887).
- Hierastossel**. — Deux cas de rétrécissement trachéo-bronchique (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, n° 4, avril 1887).
- Hinkel** (F.-W.). — Court aperçu historique de la laryngologie (*Med. Press of Western N.-Y.*, oct. 1886).
- Hoadley**. — Modification du tubage du larynx, nouvel instrument (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887).
- Hope** (G.-B.). — Modification opératoire dans le cas de sténose laryngée de nature paralytique (*N.-Y. Med. Journ.*, 20 nov. 1886).
- Houzel**. — Quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation (*Soc. chir. de Paris*, 30 mars 1887, rapport Le Dentu, et disc.).
- Isch-Wall**. — Tubage du larynx (*Revue analyt. in Progrès méd.*, 30 avril 1887).
- Jacob** (Ernest). — Papillome du larynx (*Brit. med. Journ.*, 20 nov. 1886).
- Jarvis** (Ch.). — Applications topiques dans les voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Katzenbach**. — Phthisie laryngée et pulmonaire (*N.-Y. med. Journ.*, 26 mars 1887, p. 356).
- Krause** (Ed.). — Tabes dorsal compliqué d'arthrite et de paralysie vocale (*Berl. Klin. Woch.*, n° 43, p. 744, 1886).
- Krause** (F.). — Thérapeutique des affections des voies respiratoires (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887, p. 65).
- Landgraf**. — Du cathétérisme des voies aériennes supérieures (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 6/87).
- Le Dentu**. — Trachéotomie et chloroforme (*Soc. de Chir.*, 20 avril 1887).
- Le Dentu et Terrier**. — Trachéotomie avec chloroformisation (*Soc. de Chir.*, Paris, 30 mars et 7 avril 1887).
- Liégeois**. — Epithélioma du larynx et teinture de thuya (*Bullet. méd. des Vosges*, janvier 1887).
- Luc**. — Du tubage laryngé appliqué au traitement du croup et des sténoses aiguës du larynx en général (*Le Bulletin médical*, n° 20, 8 mai 1887).
- M...** — Traitement local de la phthisie laryngée (*The Journ. of laryng.*, mai 1887).
- Mackensie** (Hunter). — Laryngite et ses suites (*Edimb. med. Journ.*, janvier 1887).
- Marynx**. — Larynx tuberculeux (Présentation) (*Soc. anat.-pathol. de Bruxelles*, 6 mars 1887).
- Mason** (G.). — Tubage du larynx (*Med. News*, 26 mars 1887).
- Massei** (F.). — Notions générales de thérapeutique dans les maladies laryngées (suite) (*Il Morgagni*, n° 4, Naples, 1887).
- Massei**. — Sur un cas de paralysie laryngée d'origine centrale (*Arch. ital. de lar.*, fasc. 2, avril 1887).

- Milhaud.** — Localisation symétrique de la faculté du langage articulé dans les deux hémisphères cérébraux (*Thèse de Montpellier*, 1885-1886).
- Moure.** — Importance de la laryngologie. Ses principales applications (Leçon recueillie par Natier) (*Journal de méd. de Bordeaux*, n° 42, 15 mai, et *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, 15 mai 1887).
- Mulhall (J.-C.).** — De la voix comme mauvais guide pour le diagnostic des affections laryngées (Saint-Louis, *Courrier of Med.*, nov. 1886).
- Nota (O.).** — Deux trachéotomies : notes cliniques (*Gazzetta degli Ospitali*, an. VIII, n° 36, Milan, 40 mai 1887).
- Ott (Adolf).** — Statistique des cas de paralysie des cordes vocales avec paralysie de la sensibilité (*Prager medic. Wochens.*, n° 43, 30 mars 1887).
- Ottave Barbacci.** — Contribution expérimentale à l'étude de la physiologie du nerf laryngé supérieur (*Gaz. degli Ospitali*, 23 et 27 mars 1887).
- Ottuszewski (W.).** — Contribution à l'efficacité de l'acide lactique dans la tuberculose laryngée (*Medycyna*, n° 7, 1887).
- Poirier.** — Vaisseaux lymphatiques du larynx. Vaisseaux lymphatiques de la portion sous-glottique. Ganglion pré-laryngé (*Le Progrès médical*, n° 19, 7 mai 1887).
- Porter (Wm.).** — Erysipèle des voies supérieures (*New England med. monthly*, 15 nov. 1886).
- Pransberger.** — Etudes laryngologiques (*Deuts. med. Archiv. f. Klin. med.*, Bd XXXIX, 4 ft, 3 u. 4).
- Przedborski.** — Un cas de paralysie laryngée hystérique accompagnée d'aphonie et de dyspnée spasmodique (*Gazeta lekarska*, nos 51 et 52, 1886).
- Przedborski (A.).** — Aphonie hystérique. Dyspnée spasmodique due à une affection nasale (*Gazeta lekarska*, n° 30, 1886).
- Raymondaud.** — Trachéotomie, discussion (*Soc. de m'd. et ph. de la Haute-Vienne*, in *Journ. de méd. et ph. de la Haute-Vienne*, n° 3, mars 1887).
- Roquer Casadesus (J.).** — Papillomes multiples, sténose laryngée considérable (*Revista de laring., ot., etc.*, n° 10, avril 1887).
- Rosenberg (A.).** — Du menthol dans la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 6 avril 1887, *Deuts. med. Zig*, n° 31, 1886, p. 358).
- Ross (James).** — Un cas de tabes avec crises laryngées (*Brain*, avril 1886).
- Schaeffer (Max) et Nasse (Dietrich).** — Gomme tuberculeuse du larynx. (*Deutsch. medic. Woch.*, n° 15, 44 avril 1887, p. 307).
- Schaeffer (Max).** — Traitement local des affections de la trachée et des bronches (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 4, p. 96, avril 1887).
- Schnitzler.** — De la simultanéité de la syphilis et de la tuberculose laryngée et de la transformation en ulcérations tuberculeuses des ulcérations laryngées (*Internat. Klin. Rundschau*, 3, 8, 1887).
- Schrøtter (L.).** — Leçon sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx (1^{re} livraison, Vienne, 1887).
- Schrøtter.** — A propos d'une opération d'un cas très rare de polype du larynx (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887, p. 60).
- Seifert.** — Extirpation d'un larynx tuberculeux (*Münch. med. Wochens.*, n° 14, 5 avril 1887, p. 259).
- Simanowski (N.).** — Des opérations portant sur le larynx et le nez (*Trudi Obstsch. russ. Wrat.*, 1886, Pétersbourg).
- Smyth.** — Bronchocèle fibro-kystique (*South Indian branch.*, in *Brit. med. Journ.*, 30 avril, p. 933, 1887).

- Smith (A.).** — Efficacité du traitement médical dans les maladies des voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Sokotowski (A.).** — A propos de la curabilité et du traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx (*Medycyna*, n° 43, 1886).
- Solis Cohen (S.).** — Un exemple d'infection directe des tissus par le tubercule (*Med. News Philadelphia*, 11 sept. 1886).
- Stoerck.** — Moyen d'empêcher la formation des granulomes après la trachéotomie (*Wiener med. Woch.*, 1887, H. 1, 2, 3).
- Størk.** — Présentation d'un malade auquel on avait deux ans auparavant enlevé un carcinome du larynx qui n'a pas encore récidivé (*K. K. Gesells. Aerzte in Wien.*, in *Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1887).
- Størk.** — Présentation d'un miroir laryngien auquel est adaptée une petite lampe électrique (*Gesells. d. Aerzte in Wien*, 11 févr. 1887, *Wiener med. Woch.*, n° 7, 1 87).
- Suckling.** — Sténose syphilitique de la trachée (*Midland med. Soc.*, in *Brit. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Terrier.** — Latrachéotomie au chloroforme (*Soc. de chir.*, Paris, 6 avril 1887).
- Thomson.** — Thérapeutique des voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Walford (W.).** — Aphonie fonctionnelle chez un garçon (*Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Whitehead (W.).** — De la trachéotomie (*The Lancet*, 30 avril 1887).
- Wolfler (Antonin).** — Chirurgie du larynx (Berlin, 1887, *August Hirschwald*, Mk., 240).
- Wroblewski (Wt.).** — Contribution au traitement de la phthisie laryngée au moyen de l'acide lactique (*Gazeta lekarska*, n° 43, 1886).
- X...** — La laryngologie dans les pays scandinaves (*Internat. Central f. laryng., rhin., etc.*, n° 10, avril 1887, p. 359).
- X...** — La pathologie et la physiologie des muscles du larynx (*Lancet*, 5 juin 1886).
- X.** — L'apillome du cinquième anneau de la trachée (*Raccalgitore medico*, 3/87).
- Young.** — Un nouveau traitement des plaies de la gorge pénétrant dans les voies aériennes (*Lancet, clinic.*, 5 mars, anal. in *Med. News*, 9 avril 1887, p. 406).

Oreille

- Ayres.** — Catarrhe aigu de l'oreille (*New-Orleans Med. a. Surg. Journ.*, avril 1887).
- Bacon (G.).** — Rapport sur 21 cas de lésions traumatiques de l'oreille (*The N.-Y. med. J.*, 7 mai 1887).
- Barr (Th.).** — Abrès du cerveau consécutif à une maladie d'oreille (*Brit. med. J.*, 2 avril 1887).
- Barth (A.).** — Contribution à l'anatomie de l'oreille (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd XVII, III, u. IV H., p. 261. 1887).
- Baut (A.).** — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la première moitié de l'année 1886. Anatomie normale et pathologique. Histologie et physiologie de l'oreille et du pharynx nasal (*Arch. of otology*, mars 1887).
- Berkhan.** — Tentatives d'amélioration de la surdité, résultat de ces tentatives (*Berl. Klin. Wochensh.*, 1887, n° 7).

- Blaud-Sutton.** — Adénite de l'oreille (*W. London med. chir. Soc.*, 1^{er} avril, in *Brid. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Boettcher.** — Revue des recherches nouvelles sur la structure du limaçon, et quelques observations personnelles (suite et fin) (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV Bd, 2. 3 H., 3 mars 1887).
- Bride (M.) et Miller.** — Diagnostic et traitement des abcès du cerveau dus aux maladies d'oreille (*Edimb. med. Journ.*, mai 1887).
- Buck (A.-H.)** — Opérations mastoïdes (*Medical sciences*, n° 4, 1887).
- Bull (C.-S.)** — Rapport du progrès d'otologie (*N.-Y. med. Journ.*, 2 avril 1887).
- Burckhardt-Merian (Alb.)** — Résultats statistiques sur l'importance diagnostique du signe de Rinne (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, III u. IV, H., p. 153, 1887).
- Burnett.** — Qu'est-ce que la maladie de Ménière ? (*Polyclinic*, avril 1887).
- Burnett.** — Rapport sur le progrès de l'otologie (*Philadelphia med. Times*, 19 mars, 2 avril 1887).
- Caggin (D).** — Fait curieux de surdité (*Boston med. a. surg. Journ.* 6 janv 1887).
- Caiffassi (A).** — Histoire clinique d'un cas de maladie de Ménière par traumatisme de l'oreille interne (*Bollet. delle mal. dell' orecch.*, etc., n° 3, mai 1887).
- Chisolm (J.-J.)** — The presbyterian eye, ear et throat. Charity hospital f. Baltimore city. Revue mensuelle (*Maryland med. Journal*, 19 mars 1887).
- Chas-William.** — Trépanation de l'apophyse mastoïde (*The Lancet*, 14 mai 1887).
- Cousins (W.-J.)** — Bourdonnements, leur traitement par une nouvelle méthode. Injection et évacuation d'air alternées (*Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Cozzolino.** — L'oreille et la médecine légale et militaire. (*Il Morgagni*, n° 4, avril, Naples, 1887).
- Dubousquet-Laborderie et Baratoux.** — Greffe animale (myringoplastie) avec la peau de grenouille (*Acad. de méd.*, Paris, 22 mars 1887).
- Delie.** — Otorrhées compliquées (*Revue mens. de Laryng.*, etc., n° 5, mai 1887).
- Fataroff (D.)** — Muscles du pavillon et particularités du cartilage de l'oreille (*Archiv. f. Anat. u. Phys.*, H. 1).
- Felici (F.)** — Syphilis de l'oreille, plaques muqueuses du conduit (*Bollet. delle mal. dell' orecch.*, etc., n° 3, mai 1887).
- Field.** — Exostose de l'oreille (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril 1887).
- Fischer (Fr.)** — Amélioration des hallucinations de l'ouïe sous l'influence d'un courant galvanique (*Arch. f. Psychiatrie*, Bd. XVIII, H. 1).
- Fitzgibbon.** — Trépanation pour une maladie de l'apophyse mastoïde avec aphasie et paralysie (*The Dublin Journ. of med. sc.*, mai 1887).
- Foucher.** — De l'inflammation folliculaire du conduit auditif externe (*Union méd. du Canada*, mars 1887, n° 3).
- Gellé.** — Physiologie du limaçon, étude expérimentale (*Soc. de Biologie*, 2 avril 1887).
- Giles.** — Notes sur trois cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, traités par l'acide borique (*Austral. med. Gaz. Sydney*, 1886-87, T. VI, p. 41).
- Gradenigo (G.)** — Pièces embryonnaires de l'oreille moyenne; de l'importance morphologique des osselets de l'ouïe (*Medizin. Jahrbuch.*, 1887, II, H, p. 64).

- Grüber (Jos.).** — Ouverture spontanée du temporal, son importance pour le traitement pratique de l'oreille (*Allg. Wiener mediz. Zeit.*, n° 19, p. 223, 40 mai 1887).
- Guye.** — Traitement du catarrhe purulent de l'oreille et des trompes par les insufflations d'acide borique et autres antiseptiques (*Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 43, 1887).
- Hartmann et Schulle.** — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la première moitié de l'année 1886. Pathologie et Thérapeutique de l'oreille (*Arch. of Otolology*, mars 1887).
- Harsant.** — Un cas de suppuration de l'oreille moyenne, thrombose et phlébite du sinus latéral, mort (*Brit. med. chir., Journ.*, n° 43, mars 1887).
- Hedinger (A.).** — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'ouverture de la mastoïdite (*Ztsch. f. Ohrenh.* XVII, Bd III u., IV H., p. 237, 1887).
- Heiman.** — Sur la perforation de la membrane du tympan (*Gaz. lek. Wai-nawa*, 1886, p. 929, 2962 et suiv.).
- Hirtz.** — Catarrhe purulent de l'oreille moyenne, saignée tuberculeuse (*Soc. méd. des hôp.*, 8 avril, in *Rev. gén. de clin. et therap.*, 14 avril 1887).
- Katz (L.).** — Des injections forcées d'eau dans l'oreille (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, 1887, fév., n° 2, p. 34).
- Keller (G.).** — Statistique des affections de l'apophyse mastoïde (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 93, avril 1887).
- Kiesselbach (W.).** — Contribution à l'histologie des polypes de l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 89, avril 1887).
- Kirk Duncanson.** — Rapport sur quelques cas de maladies de l'oreille (*Edin. med. Journ.*, févr. 1887).
- Kosegarten.** — De l'amélioration de l'ouïe par conduction du son dans le cas de bouchon de cérumen (*Ztsch. f. Ohrenh.*, XVII Bd, III u. IV H., p. 258, 1887).
- Lange (V.).** — Quelques remarques sur l'emploi de l'acide lactique dans les écoulements chroniques de l'oreille moyenne (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887, p. 57).
- Løwe (Ludwig).** — Procédé simple pour l'enlèvement des polypes de l'oreille avec remarques sur la technique des injections de l'oreille (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janv. 1887, p. 3).
- Lundy (C.-J.).** — Inflammation suppurée aiguë de l'oreille moyenne (*The Physician and Surgeon*, février 1887).
- Macewen.** — Un cas d'abcès cérébral dû à une otite moyenne aiguë (*The Lancet*, 26 mars 1887).
- Menière.** — Otite moyenne subaiguë, granulie aiguë (*Rev. mens. de laryng.*, n° 3, 1887).
- Moos.** — Du mécanisme de la myringite chronique purulente chez les sujets tuberculeux (*Arch. of Otolology*, mars 1887).
- Noquet.** — Corps étranger de l'oreille (*Bull. méd. du Nord*, n° 3, mars 1887).
- Ortolani (V.).** — Surdi-mutité hystérique chez l'homme (*Progresso medico*, an. 1, n° 9, Naples, 1887).
- Richey (J.-O.).** — Contribution à l'étude de l'atrophie générale (sclérose) de l'appareil conducteur de l'oreille (*Americ. Journ. of. med. sc.*, avril 87).
- Rossi (de).** — Tumeurs malignes de l'apophyse mastoïde (*Soc. ital. de chirurgie*, 4, 5 et 6 avril 1887).
- Seligneau.** — Du kyste de l'oreille (*Arch. of Otolology*, mars 1887).

- Seiss (R.-W.). — Nouveau traitement de l'otite catarrhale chronique (*Med. News*, 5 février 1887).
- Société de Chicago d'ophthalmologie et d'otologie. Réunion du 14 décembre 1886 (*Chicago med. Journ.*, 1887).
- Steinbrügge. — Difformité du pavillon de l'oreille. Fistule branchiale du cou. Otite moyenne suppurée chronique. Etat du labyrinthe (*Ztsch. f. Ohrenh.*, XVII Bd, III u. IV H, p. 272, 1887).
- Steinbrügge. — Rapport après décès de l'examen des organes auditifs d'un malade mort à la suite d'une méningite cérébro-spinale (*Arch. of Otology*, mars 1887).
- Steiner. — Fonction des canaux semi-circulaires (*Acad. des sc.*, 18 avril 1887).
- Suné y Molist. — Aperçus cliniques pour servir à l'histoire des otites compliquées de lésions du temporal (*Rivista de Lar., Otol., etc.*, n° 10, avril 1887).
- Suné y Molist. — Perforations chirurgicales du tympan en général; moyen de maintenir ouverte la perforation dans le cas d'occlusion des trompes (*Anal. de Otologia y Laringol.*, 1887).
- Szenes (S.). — Rapport sur l'ambulatorium du professeur Julius Boeke pour les maladies de l'oreille à Rochusspital pendant l'année 1885 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 24 Bd, 2, 3 H., 3 mars 1887, p. 185).
- Tillaux. — Mode d'examen de l'oreille (*Journ. de méd. et de clin. prat.*, avril 1887).
- Turnbull. — Manuel clinique des maladies de l'oreille (*New-Y. med. Journ.*, mars 26, et *Amer. Lancet*, mars 1887).
- Turnbull. — Études récentes et observations sur les bourdonnements (*The med. and surg. Report*, 19 mars 1887).
- Turnbull (L.). — Blessures occasionnant la surdité (*The med. and surg. Rep.*, 23 avril 1887).
- Verdos. — Rhumatisme auriculaire (*Anal. de Otol. y Laring.*, 1887).
- Viennois. — Hygiène de l'emploi des tubes acoustiques (*Lyon méd.*, 27 mars 1887).
- Voituriez. — Malformations du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe (*Soc. anat.-clin. de Lille*, in *Journ. des sc. méd.*, 15 avril 1887).
- Voltolini. — Critique de M. Arthur Bottecher sur mon mémoire: « Considérations anatomiques sur le limaçon et ses fonctions dans l'oreille, — et dents de Corti dans le limaçon de l'homme et des mammifères et leurs vaisseaux » (*Separatabdruck aus Virchow's Arch.*, 107 Bd., 1887, et *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887, p. 72).
- Weir (R.). — Traitement chirurgical des abcès du cerveau consécutifs aux maladies de l'oreille (*The med. Rec. N.-Y.*, 9 avril 1887).
- Williams. — I. L'eau froide ne doit jamais être injectée dans l'oreille. II. Le meilleur acide borique pour l'oreille (*St-Louis med. and surg. Journ.*, n° 4, avril 1887).

Croup et Diphtérie.

- Billington. — Du traitement local de la diphtérie (*The med. Rec.*, 9 avril 1887).
- Bonamy. — Nouveaux essais de vaporisation d'infusion d'eucalyptus dans la diphtérie (*Bullet. gén. de therap.*, 30 avril 1887).
- Bouchat. — De la paralysie diphtérique (*Paris méd.*, 2 avril 1887).

- Bouchut.** — De l'anesthésie progressive du croup chez les enfants (*Paris méd.*, 9 avril 1887).
- Brasch** — Traitement des paralysies diphtéritiques graves par les injections de strychnine (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 862).
- Bree** (Joannes). — Traitement de la diphtérie avec le cyanure de mercure (*Thèse de Berlin*, 1886).
- Bungeroth.** — Relevés statistiques de l'action de l'huile de térébenthine dans la diphtérie (*Charité-Annalen*, Bd. XI, p. 587, 1886).
- Campbell** (W.-W.). — Diphtérie (*Edimb. med. Journ.*, nov. 1886).
- Corral y Maira.** — Etude médicale de la diphtérie et son traitement le plus efficace (Madrid, 1887).
- Esteban de Luna.** — La diphtérie. Considérations pathologiques, cliniques et thérapeutiques (*La Medicina castellana*, Tomo II, nos 3, 4, 5).
- Gevaert.** — De l'emploi du chloroforme pour la trachéotomie dans le croup (*La Clinique*, n° 18, 5 mai 1887).
- Gordon** (W.). — De la diphtérie, vues nouvelles concernant sa pathologie et son traitement (*Virginia med. monthly*, n° 9, déc. 1886, p. 648).
- Grahner.** — Contribution au traitement de la diphtérie. (*Corresp. Bl. des allgem. Aertzt. Vereins f. Thüringen*, XV, p. 142-147, Weimar, 1886).
- Jacobi.** — Traitement local de la diphtérie, remarques sur l'article du Dr Billington (*The med. Rec.*, 9 avril 1887).
- Lewentauer.** — De l'action de l'huile de térébenthine dans le croup (*Centralblatt f. klin., med.* n° 13, 1887).
- Lutz.** — Traitement local de la diphtérie (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887, p. 355).
- Mansvelt** (A.-P. Van). — De l'eau chlorurée comme remède contre la diphtérie (*Week. van Het Nederlandsch Tijdsch. voor Geneeskunde*, n° 47, 1886).
- Massei.** — Diphtérie nasale et formes secondaires de la diphtérie; résumé de leçon clinique (*L'Osservatore medico*, n° 13, Turin, 5 mai 1887).
- Montgomery.** — Trachéotomie et tubage dans la diphtérie (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 mars 1887, p. 352).
- Monmeneu.** — La diphtérie à Madrid (*Revista de Medicina y Cirurgia Practicas*, mars 1887).
- Miller** (De L.). — Traitement de la diphtérie (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 3 juill. 1886).
- Morse** (M.). — Nouveau remède contre la diphtérie : bicarbonate de potasse (*Virginia med. Monthly*, oct. 1886).
- Mouillot.** — Epidémie de diphtérie dans une école de jeunes filles. (*Academy of med. in Ireland med.-section. Sitzung vom 25 février 1887*, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 35, 2 mai 1887, p. 408).
- Muirhead.** — Trachéotomie hâtive dans la diphtérie (*Brit med. Journ.*, 9 avril 1887, p. 800).
- Oatman.** — Traitement de la diphtérie par le bichlorure de mercure (*The med. Rec.*, 23 avril 1887, p. 465).
- Owen** (E.). — Diphtérie suivi de paralysie étendue (*The Lancet*, 2 avril, 1887, p. 677).
- Pasteur** (W.). — Paralysie du diaphragme après la diphtérie (*The Lancet*, 14 mai 1887).
- Pirker.** — Contribution pratique au traitement de la diphtérie (*Gyogyaszat*, n° 42, 1886).

- Powell** (Seneca). — De l'ozone dans le traitement de la diphtérie (*N.-Y. med. Rec.*, 4 déc. 1886).
- Pühn**. — Le croup et la diphtérie chez les animaux domestiques : leur rapport avec la diphtérie de l'homme (*Oesterr. Ztsch. f. Wissent. Veterinär Veterinärkunde*, Bd. I, 4).
- Ramon de la Sota**. — La trachéotomie dans le croup et la diphtérie (*Journ. of Laryng.*, n° 4, avril 1887).
- Reiersen**. — Du traitement de la diphtérie nasale (*Ugeskrift for Læger* 27 nov. 1886).
- Schenker**. — Contribution au traitement de la diphtérie (*Correspondenzblatt f. Schuetzer Aerzte*, n° 18, 1886).
- Simons** (Purmerend). — Du croup, de la diphtérie et encore autre chose (*Newblad van Het nederl. Tijdsch. voor geneeskunde*, n° 4, 1887).
- Simons**. — La brochure de M. Kramer sur la guérison radicale de la diphtérie et des moyens préventifs certains (*Newblad van Het nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde*, n° 11, 1887).
- Smith** (L.). — Traitement local de la diphtérie (*Correspond. du Med. Rec.*, N.-Y., 30 avril 1887).
- Stumpf** (Julius). — Le sublimé dans le traitement de la diphtérie (*Munch. medic. Wochensh.*, n° 12, 22 mars 1887, p. 249).
- Toca**. — Traitement de la diphtérie par l'acide oxalique (*Revista de Medicina y Cirurg. practicas*, 1887).
- Trifiletti** (lettre au Dr Massei). — Sur la prétendue analogie de la diphtérie et de la scarlatine et sur la diphtérie secondaire (*Arch. Ital. de lar.*, fasc. 2, avril 1887).
- Truillet** (J.). — Notes cliniques sur quelques cas d'angine diphtéritique guéris par le sulfure de calcium et la résorcine (*Gaceta med. catalana*, 30 avril 1887, n° 8).
- Uchermann**. — La diphtérie de la gorge et son traitement (*Norsk Magazin for Læger*, p. 370, oct. 1886).
- Valeva y Gimenez**. — Albumine dans la diphtérie (*Revista de Laryng., de Otol. y de Rhinol.*, mars 1887).
- Wagner**. — Oxygénation directe dans le croup pour remplacer la trachéotomie (*Brit med. Journ.*, 16 avril 1887).
- Waschmuth**. — Stastistique de la diphtérie à Berlin en 1886 (*Allg. med. Cent. Zeitg.*, 2 mars 1887).
- Wessler**. — Diphtérie et membranes bronchiques (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887, p. 353).
- X**. — Traitement de la diphtérie (New-York, *Acad. of med.*, séance du 17 mars 1887, discussion; in *Med. news*, 2 avril et *N.-Y. Med. Rec.*, 9 avril 1887).
- Zandoli**. — Contribution à la thérapeutique de la diphtérie (Rome, 1886).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

- Arentzenius**. — Du traitement de la coqueluche avec la résorcine et le cabinet pneumatique. (*Newblad van het nederlandsch. Tijdschrift voor geneeskunde*, n° 3, 1887).

- Audry.** — Angine de poitrine; goître exophtalmique, hystérie chez un homme (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 15 avril 1887).
- Baks.** — Angio-sarcome de la parotide. Extirpation. Guérison (*Gyogyaszat*, n° 46, 1886. *Pester med. chirurg. Presse*, n° 52, 1886).
- Baratoux et Dubousquet Laborderie.** — Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse (*Progrès méd.*, 9 avril 1887).
- Barling** (Gilbert). — Autopsie d'un cas de myxœdème (*Lancet*, 20 nov. 1886).
- Barton.** — Œsophagotomie pour extraire un corps étranger (*The Lancet*, 30 avril 1887).
- Berger (E.) et Tyrman (J.).** — Maladies du sinus sphénoïdal et du labyrinthe ethmoïdal et de leurs rapports avec les maladies de l'organe de la vision (Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1886, 110 p.).
- Berti.** — Extraction des corps étrangers de l'œsophage avec l'instrument du Dr Carletti. (*Soc. med. chir. de Modène*, in *la Rassegna de sc. med. Modène*, mai 1887).
- Bowen.** — Coqueluche chez un chat (*Brit. med. Journ.*, 7 mai 1887).
- Bresgen** (Max). — De l'ancienne fatigue de la voix (Mogiphonie de B. Fränkel) (*Deuts. med. Woch.*, n° 19, p. 403, 12 mai 1887).
- Bruen.** — Traitements des affections pulmonaires par les lavements gazeux (*Med. News*, 2 avril 1887).
- Burney (J.).** — Sur le traitement de la tuberculose par les lavements gazeux (*The Lancet*, 16 avril 1887).
- Casaviella.** — Sangsues dans l'œsophage (*El. siglo med.*, 10 avril 1887).
- Charters J. Sigmonds** — Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par le cathétérisme permanent (*Brit. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Chénieux.** — Goître suffocant. Extirpation (*Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, n° 4, avril 1887).
- Chiari.** — De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des maladies du pharynx, du larynx et du nez (*Wien. med. Woch.*, nos 7, 8, 9, 1887).
- Coats (J.).** — Goître hypertrophique, tumeurs secondaires des os du crâne (*Pathol. soc. of London, in the Lancet*, 16 avril 1887).
- Coën.** — Nouveau procédé pour traiter le bégaiement (*Wien. med. Presse*, n° 4, 1887).
- Cohen** (Solis). — Traitement des affections des voies aériennes et des intoxications pour les lavements gazeux (*Med. News*, 2 avril 1887).
- Dardel.** — Un cas de dysphagie. (*Soc. méd. neuchâteloise*, séance du 3 nov. 1886, in *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 3, 15 mars 1887).
- Delobel.** — Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sus-hyoidienne (*Thèse Paris*, 1887).
- Destrée.** — Physiologie de la déglutition et du cardia et les données de l'auscultation de cet orifice stomacal (Communication faite à la *Société des Sc. med. La Clinique*, n° 2, 1887).
- Dwight** (Thomas). — Rapport de l'artère thyroïdienne inférieure avec le nerf récurrent laryngé (*Boston med. and surg. Journ.*, 26 août 1886).
- Ewald.** — Fonction de la thyroïde du chien (*Berl. Klin. Woch.*, n° 41, 1887).

- Falcone.** — L'extirpation intra-glandulaire des noyaux du goître et traitement efficace du goître par la ligature des vaisseaux afférents (*Gazzetta degli Ospitati*, an. VIII, Milan, 1887).
- Farquhar Curtis.** — Parotidite compliquant la gonorrhée (*The N.Y. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Fränkel (E.).** — Préparation de glandes thyroïdes (*Société méd. de Hambourg*, séance du 5 avril 1887, *Münsch. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1887, p. 286).
- Fuchs (A.).** — Du myxœdème (*Prager med. Woch.*, n° 16, 20 avril 1887).
- Fuhr.** — Extirpation de la thyroïde (*Archiv. f. experim. Pathologie u. Pharmacologie*, Bd XXI, H. 5; 6 et 8 août 1886).
- Garnett (A.-Y.).** — Inhalations de muriate de cocaïne dans la coqueluche (*Journ. am. med. Assoc.*, 9 oct. 1886).
- Garré.** — A propos de l'extirpation du goître avec des réflexions sur la cachexie strumiprive (*Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte*, n° 21, 1886).
- Gordon.** — Respiration buccale et son traitement (*J. of Americ. med. Ass.*, 23 avril 1887).
- Hahn (Eug.).** — Procédé agréable pour enlever sans tamponnement et sans hémorragie une grosse partie d'un goître (*Kongress des Deuts. Gesellschaft. f. Chir.*, Berlin, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 33, 25 avril 1887, p. 385).
- Hierokles (Konstantius Xauxes).** — Un cas de tumeur congénitale du cou (*Thèse de Berlin*, 1886).
- Hirschfeld (J.).** — Ramollissement aigu du goître (*Thèse de Berlin*, 1886).
- Hochenegg (Julius).** — Statistique des cas d'actinomycose chez l'homme (Clinique chir. du prof. Albert de Vienne, *Wiener med. Presse*, n° 16, 17 avril 1887).
- Horsley (V.).** — Pathologie de la thyroïde (*Lancet*, 18 déc. 1886).
- Jæger.** — Goîtres suffocants (Mémoires de la *Soc. de méd. de Strasbourg*).
- Jumont.** — Traitement de la coqueluche (*France méd.*, 5 avril 1887).
- Jürgens.** — Du changement de chambre régulier des malades dans la coqueluche et autres maladies infectieuses (*Archiv f. Kinderheilkunde*, VII, H., 6, 1886).
- Kapper.** — Un cas d'actinomycose aiguë (*Wien. med. Presse*, n° 3, 1887).
- Kelly (A.-L.).** — Notes sur deux cas de lymphadénome (Glasgow, *Med. Journ.* déc. 1886).
- Krause.** — Instruments variés (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887).
- Lang.** — Syphilis et cancer (*Wiener med. Blätter*, nos 44, 42, 1886).
- Liégeois.** — Observation d'un cas de goître exophtalmique, etc. (*Rev. med. de l'Est*, n° 6, 15 mars, 1^{er} et 15 avril 1887).
- Lee (Robert J.).** — Les écrits les plus anciens sur la coqueluche (*Med. Press. and Circular*, 1^{er} sept. 1886).
- Lôri.** — Altérations pathologiques du pharynx, du larynx et du nez dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur (*Pest. med. chir. Presse*, n° 37, 1886).
- Massalongo.** — Sur une double épidémie de rougeole et de coqueluche (*Riforma medica*, an III, n° 103, Naples, 1887).
- Mercanton.** — Enucléation intra-glandulaire d'un goître (*Soc. Vaudoise de médecine*, séance du 5 mars 1887, in *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 4, 15 avril 1887, p. 226).

- Michael.** — Résultats du traitement de la coqueluche par les insufflations (*Deuts. med. Woch.*, n° 32, p. 942, 1886).
- Mobius.** — De la paralysie ascendante aiguë après la coqueluche (*Centralbl. Nervenheilk.*, n° 5, 1887).
- Moizard.** — Du traitement de la coqueluche par les insufflations nasales antiseptiques (*Journ. de méd. et de chir.*, mai 1887).
- Musser.** — Pneumo thorax, abcès de la glande thyroïde compliquant la convalescence de la fièvre typhoïde (*The med. Rullet.*, n° 3, mars 1887).
- Noorden-Giessen** (C. von). — Etat des connaissances actuelles sur le rôle de la thyroïde. — II, documents pour servir à l'explication du myxœdème (*Munch. med. Wocheasch.*, n° 13, 29 mars 1887, p. 240).
- Nussbaum.** — De l'amputation du goître (*Munch. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1887, p. 273).
- Ollier.** — Sur la thyroïdectomie (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, séance du 28 mars 1887, *Lyon méd.*, n° 14, 3 avril 1887, p. 472).
- Ogston** (Alex.) — Du diagnostic du spasme de l'œsophage (*Manchester med. Chronicle*, janv. 1887).
- Ord** (W.-M.) et **Horsley** (Victor). — Du myxœdème (*Brit. med. Journ.*, 27 nov. 1886).
- Pagliano.** — Oblitération complète de l'œsophage (*Marseille méd.*, 28 fév. 1887, n° 2).
- Pick** (R.). — Inhalation d'acide carbonique pur dans la coqueluche (*Deuts. med. Woch.* n° 21, 1886).
- Pohl** (Rigobert). — Nécessité de la respiration nasale avant la respiration pulmonaire et buccale (*Prager med. Woch.*, n° 16, p. 126, 20 avril 1887).
- Potain.** — Rétrécissement œsophagien d'origine syphilitique (*Gaz. méd. de Paris*, 23 avril 1887).
- Pras** (J.). — Physiologie du corps thyroïde (*Centralb. f. Klin. med.* n° 14, 2 avril 1887, p. 248).
- Rennie** (S.-J.). — Tumeur fibro-kystique volumineuse de la région parotidienne (*Brit. med. Journ.*, 16 oct. 1886).
- Ribbert.** — Nouvelles observations sur le myxœdème (*Deuts. med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1887, p. 286).
- Rosenberg.** — Présentation d'un cas de myxœdème (*Berl. med. Gesellsch.*, 9 mars 1887, in *Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1887).
- Ro evelt.** — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*N.-Y. Path. Soc.*, 26 janv. in *N.-Y. med. J.*, 30 avril 1887).
- Rubio.** — Leçon sur le goître (*El siglo med.*, 24 avril 1887).
- Saundby** (Rob.). — Manifestation du tabes (*Birmingham med. Review.*, déc. 1886).
- Schmid.** — A propos du goître et du crétinisme avec la relation de l'état actuel du crétinisme dans le district de Bracœnheim (*Med. Corresp. Blatt. des Württemb. Aerzt. Landesvereins*, nos 13 et 14, 1886).
- Schnitzler.** — Traitement de l'asthme (*Wien. med. Doct. Collegium. Setzung vom*, 18 avril 1887, in *Wien. med. Presse*, n° 17, 24 avril 1887).
- Schranz.** — Contribution à la théorie du goître (*Archiv. f. klin. chir.*, Bd. 34, H. 1, 1886).
- Schulze.** — Nouvel amygdalotome (*Illust. Monatsch. d. Aertz Polytechn.*, 2, 1887).
- Seifert.** — Du salol (*Centralb. f. Klin. med.*, n° 14, 1887).

- Simon (J.).** — Trachéo-bronchite. Du vomissement chez les enfants (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 39, 12 mai 1887).
- Simpson (James J.).** — Fonction de la thyroïde (*Boston med. and surg. Journ.*, 30 déc. 1886).
- Sommerbrod (Julius).** — De la éréosote dans le traitement de la tuberculeuse pulmonaire (*Berl. Klin. Woch.*, n° 15, 11 avril 1887, p. 258).
- Sonnenberg.** — De la pathogénie et de la thérapeutique de la coqueluche et d'un nouveau mode de traitement de cet affection (*Deuts. med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1887, p. 280).
- Stella B. Nichols.** — Goltre exophtalmique, observation (*J. of Amer. med. Ass.* 16 avril 1887).
- Stokes (W.).** — Myxœdème aigu après extirpation de la thyroïde (*Brit. med. Journ.*, 16 oct. 1886).
- Suckling (C.-W.).** — Du myxœdème (*British med. Journ.*, 27 nov. 1886).
- Suckling (C.-W.).** — De l'acide carbonique dans le traitement de la coqueluche (*Brit. med. Journ.*, 24 juill. 1886).
- Sutton (J. Bland).** — Kystes hyoïdes (*Brit. med. Journ.*, 6 nov. 1886).
- Tassi (E.).** — Extirpation d'un néoplasme du corps thyroïde (*La Spallanzani*, n° 2, avril 1887).
- Torday.** — Nature et traitement de la toux convulsive (*Gyogyaszat*, n° 37, 1886).
- Vergely.** — Lèpre anesthésique et tuberculeuse (*Société de méd. et chir. de Bordeaux*, 27 avril 1887).
- Verneuil.** — Adénome de la région sus-hyoïdienne. — Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire et de la voûte palatine (*Gaz. des hôp.*, 7 avril 1887).
- Villette.** — Corps étranger de l'œsophage: pièce de cinq francs en argent (*Bulletin médical du Nord*, n° 3, mars 1887).
- Vincent.** — Imperforation de l'œsophage (*Lyon méd.*, 20 mars 1887, p. 407).
- Vogel.** — Pathologie et thérapeutique de la coqueluche (*Sechst. Kongress f. inn. Med. Wiesb.*, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 35, 2 mai 1887).
- Waldeyer.** — Structure du corps thyroïde (*Soc. de méd. de Berlin*, séance du 16 mars 1887, *Munch. Medic. Wochensch.*, n° 12, 22 mars 1887, p. 226).
- Weil.** — Présentation d'un enfant de sept ans, auquel on avait enlevé un hygroma congénital du cou (*Prager med. Woch.*, n° 46, 1886).
- Willems (Ch.).** — Traitement de la coqueluche (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, janv. 1887).
- Windelband.** — L'antipyrine à la place de la quinine dans le traitement de la coqueluche (*Allg. med. Central. Ztg.*, n° 4, p. 2, 3, 1887).
- Wolfier.** — Résultats consécutifs à la ligature de l'artère thyroïdienne dans le cas de goltre (*Kongress d. Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 13-16 avril, 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 33, 25 avril 1887, p. 385).
- Wyeth.** — Extirpation des deux parotides (*Med. News*, 30 avril 1887).
- X...** — A propos du myxœdème (*Deutsch. medicin. Wochensch.*, n° 2, mars 1887, p. 250).
- X...** — De l'extirpation partielle du goltre (*Soc. de méd. berlinoise*, séance du 16 mars 1887. — *Munch. medic. Wochensch.*, n° 12, 22 mars 1887).

NOUVELLES

Nous lisons dans la *Rivista clinica e terapeutica*, du Dr de Renzi (Naples) que M. Giovanni Jovene, éditeur de ce journal et de plusieurs autres travaux scientifiques importants, vient d'être nommé chevalier de la couronne d'Italie.

A l'occasion de la 60^e réunion des naturalistes et médecins allemands, qui doit avoir lieu à Wiesbaden du 18 au 24 septembre, les soussignés ont résolu pour la *Section de laryngologie et de rhinologie* de préparer par écrit les communications. Pour attirer à nos séances de nombreux visiteurs et leur donner le plus grand éclat possible, nous nous faisons un honneur d'inviter très amicalement à y prendre part. Nous prions qu'on veuille bien nous adresser le plus promptement possible les rapports ou les communications qu'on serait dans l'intention de faire. Les commissaires comptent envoyer les invitations générales vers le milieu de juillet et il serait à désirer qu'on put, dans ces communications, faire déjà connaître tout au moins en partie le programme des séances de notre section.

Wiesbaden, 1^{er} mai 1887.

Dr méd. Heinrich, Adelhaidestrasse, 4. Einführender
(Introduiteur). Dr méd. Fischelich, Traunuss-
trasse, 5. Schriftführer (Secrétaire).

NÉCROLOGIE

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le Dr Böcker qui a succombé aux suites d'une pneumonie.

Böcker était un travailleur zélé et plein d'une ardeur encore juvénile. La laryngoscopie perd en lui un de ses plus fidèles adeptes.

Nous avons encore à déplorer la mort de M. Hack (Wilhem), professeur à l'Université de Fribourg ; travailleur ardent, esprit avide de nouveauté, il avait contribué pour une large part à étendre l'étude des névroses réflexes d'origine nasale. Nous lui devons sur ce sujet plusieurs travaux importants qui ont servi de base aux recherches d'autres observateurs et attiré l'attention du monde médical sur ce point de pathologie. Hack a également publié de nombreux articles sur les maladies du larynx.

M. le professeur Vulpian, membre de l'Académie de médecine, vient de succomber à une pneumonie, suite d'un refroidissement. Parmi la série considérable de ses travaux, M. Vulpian laisse de nombreuses notes de physiologie concernant l'oreille, la corde du tympan, notes éparses dans les comptes rendus de l'Académie des sciences, de la Société de biologie, etc.

Le **GOUDRON FREYSSINGE** est la seule liqueur concentrée de Goudron de Norvège qui, à la dose de deux cuillerées à soupe par litre d'eau, reproduise exactement l'eau de goudron du Codex, si efficace contre les *affections chroniques de la gorge*, de la *poitrine* et de la *vessie*, et contre la *diathèse furonculaire*.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

- LICHTWITZ.** — Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques et les zones hystéro-gènes des muqueuses et de quelques organes des sens (*Thèse de Bordeaux*, 1887, Paris, Baillière édit.).
- MORGAN ETHELBERG CAROLL.** — The Bursa pharyngea and its relation to naso-pharyngeal diseases (Extr. du *Maryland med. Journ.*, 1887).
- SCHMIDT (M.), HERING (Th.) et KRAUSE.** — Ueber die Heilbarkeit und Therapie der Larynx phthisis (Verhand. der sect. f. Laryng. der 59 Versamn. Deuts. nat. u. Aertz., Berlin, 1886).
- KRAUSE.** — Instrumente (trocards). Berlin medic. Gesellschaft (Sitz. v., 9 mars 1887).
- BAYER.** — Ueber die Transformation von Schleimpolypen in bösartige Krebsge oder Sarkomatose tumoren (Berlin und Leipzig, 1887).
- LOGAN.** — A mixed form of atrophic and hypertrophic catarrhal inflammation (Chicago, 1887).
- LANGE (V.).** — Zur Operation der Choanalpolypen (Separabd. a. d. *Deuts. med. Woch.*, 1887). — Einige Bemerkungen über die Anwendung von Milchsäure bei chronischer eitriger Mittelhorrentzündung (Separatabd. a. d. *Monats. f. Ohr.*, 1887).
- GONZALEZ ALVAREZ.** — Sobre la caries y necrosis del peñasco en los niños y su tratamiento (Madrid, 1887).
- BOSWORTH.** — Hay fever, asthma and allied affections (Extr. du *N.-Y. Med. Journ.*, 1886). — Deformities of the nasal septum, etc. (Extr. du *Med. Rec.*, 1887).
- GELLÉ.** — Ophtalmométrie par le son (Paris, 1887).
- ESPINA Y COPA (Ant.).** — Panticosa (Pyrénées espagnoles), ses sources, ses malades (Madrid, 1887).
- EGIDI (Fr.).** — Tracheotomia rapida col processo del S. Germain (Rome, 1887. Extr. de la *Gaz. med. di Roma*).
- RICHEY.** — 1° General atrophy of the conducting apparatus of the ear (New-York, 1886, extr. des *Arch. of Otol.*); 2° Prophylaxis in rhinitis sympathetica (Ext. du *Chicago med. Journ. A Exam.*, 1886); 3° Contribution to the management of general atrophy (sclerosis) of the conducting apparatus of the ear (Ext. de l'*Americ. J. of med. sc.*, 1887).
- SCHECH.** — Die Schwazze zunge (Separatabd. aus *Münsch. med. Woch.*, 1887).
- BEVERLEY-ROBINSON.** — A manual on inhalers, inhalations and inhalants (Détroit, Mich., 1886).
Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg (T. 23, Paris, 1886).
- BRESGEN (Max.).** — Kurze bemerkung uber das anschwellen der nasenschleimhaut bei seitenlag (Separatabd. aus der *Deuts. med. Wochens.*, 1887).
- BRESGEN (Max.).** — Über vorzeitige ermüdung der Stimme (Separatabd. aus der *Deuts. med. Wochens.*, 1887).
- SCHAEFFER (Max.).** — Die locale Behandlung der erkrankungen der Trachea und Bronchien (Extr. du *Monats. f. Ohr.*, 1887).
- SCHAEFFER u. DIETRICH NASSE.** — Tuberkelgeschwülste der nase (Extr. du *Deuts. med. Wochens.*, 1887).
- FELICI (Fr.).** — Paralisi e crisi laringea come contributo alla diagnosi dell' inizio dell' atassia locomotrice (Naples, 1887).
- SEIFERT (O.).** — Über salol (Separatabd. aus dem *Centralb. f. Klin. med.*, 1887).
- SEIFERT (O.).** — Über hypertrophie des zungenbalg drusen (Separatabd. aus *Berlin. Klin. Woch.*, 1887).

SUR UN CAS DE CHANCRE INDURÉ DE LA FOSSE
NASALE DROITE

par le Dr E. J. MOURE (1).

Si l'on parcourt les différents traités ou les ouvrages nombreux publiés sur la syphilis et ses manifestations, il est facile de se convaincre de la rareté de l'accident primitif infectant les fosses nasales. C'est à peine si les syphiligraphes les plus distingués ont eu l'occasion d'en observer un ou deux exemples qu'ils signalent simplement soit dans leur statistique sans indiquer nettement le siège de la lésion, soit, en passant, dans leurs traités. C'est ainsi que dans les statistiques de MM. Bassereau, Clerc, Lefort et Fournier, sur 1773 cas, la pituitaire a été atteinte une fois; dans la statistique de MM. Martineau et Fournier sur 292 cas, ni le nez, ni la fosse nasale n'ont été infectés primitivement.

Toutefois Mac-Carthy (2) parle, dans son travail inaugural, du chancre de la narine, qu'il a été à même d'observer; et Rollet, dans son traité des maladies vénériennes, dit avoir vu trois chancres hunteriens greffés sur la muqueuse pituitaire à l'entrée des narines. Mais le seul fait publié *in extenso* est celui du Dr Spencer Watson (3). Dans cette observation, il s'agit d'une nourrice, âgée de trente et un ans, qui fut contaminée par un nourrisson atteint de syphilis. Le chancre siégeait à la face interne de l'aile gauche du nez et les symptômes présentés par la malade ressemblèrent presque de point en point à ceux offerts par le sujet dont nous allons résumer l'observation :

OBSERVATION. — Le nommé C... Jules, âgé de cinquante-quatre ans, employé à l'Abattoir, vient me consulter le 25 septembre 1886 pour une gêne qu'il éprouve à res-

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie. Séance du 13 avril 1887.

(2) *Thèse de Paris*, 1844.

(3) *Med. Times and. Gaz.*, p. 428, 16 avril 1881.

pirer par la narine droite. Il ressent en même temps des douleurs assez violentes dans tout le côté de la tête, surtout au niveau de la région sus-orbitaire.

La voix est nasonnée, le nez rouge est un peu douloureux au toucher. Il s'écoule par la narine une sécrétion ichoreuse, empesant le linge, ayant une odeur fade mais non fétide. Interrogé sur ses antécédents, le malade dit avoir joui d'une santé excellente *jusqu'au commencement du mois d'août*. A cette époque, il se rappelle, dit-il, avoir ressenti un peu de démangeaison dans le nez (*sic*), sans croire autrement à l'existence d'une altération quelconque de la muqueuse; un peu négligent de sa personne, il ne fit point attention à ce petit ennui qui ne le quittait point. Quelques jours après cependant, il s'aperçut que la narine droite devenait moins perméable et que peu à peu il se produisait une tuméfaction de la muqueuse accompagnée de rougeur du bout du nez. C'est alors qu'il se décida à venir me consulter. Il nie formellement avoir jamais eu la moindre écorchure à la verge, qui n'en porte du reste aucune trace; il a eu autrefois une blennorrhagie guérie depuis longtemps.

A l'examen, je constate extérieurement en dehors de la rougeur considérable du tégument externe, une déviation de l'aile du nez du côté droit; cette dernière est soulevée par une masse fongueuse, d'aspect rougeâtre en certains points et grisâtre dans d'autres où elle est recouverte de mucus pultacé. Cette tumeur fait presque saillie à l'orifice de la fosse nasale qu'elle comble intérieurement et s'étend à environ deux centimètres en arrière ainsi qu'il est facile de le constater avec le stylet. Avec ce dernier, on trouve que la masse bourgeonnante n'adhère en aucun point avec le plancher des fosses nasales ou la paroi externe, mais qu'elle est tout entière implantée sur la cloison à un centimètre environ de son bord antérieur. Le point d'insertion était recouvert par la saillie de la tumeur qui ressemble par ce fait à un champignon aplati adhérent par un large

pédicule à la partie inférieure de la cloison du nez.

La tumeur saigne très facilement et l'examen avec le stylet suffit pour amener un léger écoulement sanguin. Au toucher, plusieurs points sont mous, tandis que d'autres sont assez résistants.

L'examen rhinoscopique du côté gauche démontre non seulement l'intégrité de la fosse nasale, mais la muqueuse de la cloison est absolument saine et il n'existe pas de déviation. La muqueuse bucco-pharyngienne est normale.

Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont tuméfiés et l'un d'eux, particulièrement développé, est induré, roulant sous le doigt, et non douloureux.

En présence de ce néoplasme qui ne ressemblait point à une manifestation tertiaire de la syphilis, mais qui faisait plutôt songer à une tumeur maligne de la fosse nasale, tant par sa localisation, son aspect bourgeonnant que par sa vascularisation et la facilité avec laquelle se produisaient les épistaxis, j'avoue que j'hésitai d'abord et laissai mon diagnostic en suspens. Mais le faciès anémié du malade, un je ne sais quoi dans son aspect, me firent craindre une syphilis antérieure et je prescrivis le traitement mixte (Sp. formule Gibert), dont je me proposais de suspendre l'emploi si le mieux ne se produisait rapidement. Comme traitement local, je recommandai au malade de faire des injections avec une solution de résorcine.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire deux mois et quelques jours après le début de l'accident nasal, le malade vint chez moi désespéré, abattu, fatigué à l'extrême et couvert d'une poussée de papules cuivrées, presque confluentes sur le front et nombreuses sur le reste du corps, éruption qu'il attribuait évidemment au sirop, auquel il imputait encore et sa lassitude et sa lourdeur de tête. Du côté de la gorge existait également, sur les piliers antérieurs et sur la luette, une série de plaques muqueuses opalines typiques, sur la nature desquelles le doute n'était

pas permis. Je remplaçai alors le sirop par des pilules de protoiodure et prescrivis pour le chancre des lavages et des insufflations d'iodol et d'iodoforme (aa), et pour la gorge un gargarisme iodo-ioduré.

Le malade fit alors son traitement avec régularité. Quinze jours après, la saillie de la fosse nasale commençait à diminuer, mais c'est seulement à la fin du mois de novembre que la cloison reprit son aspect normal. Dès les premiers jours cependant les symptômes généraux commencèrent à s'amender et les douleurs disparurent pour ne plus reparaitre.

RÉFLEXIONS. — Je n'insisterai point sur les suites de l'affection qui furent celles de la syphilis habituelle. Deux faits ont surtout été frappants dans ce cas et dans celui de M. Spencer Watson, auquel j'ai fait allusion au début de ma communication, ce sont les symptômes généraux et l'accablement éprouvés par nos deux malades.

La nourrice de l'auteur anglais eut même de la fièvre, symptôme que je n'observai pas cependant chez mon malade, mais ce dernier eut une éruption cutanée presque confluyente et formée de véritables papules saillantes ayant près d'un demi-centimètre de diamètre, en même temps que les accidents de la gorge se développaient rapidement sur les piliers, la face interne des joues et la luette. La dépression morale s'explique évidemment autant par l'influence de la syphilis que par le siège de la lésion qui déterminait un coryza intense ; or, nous savons tous que dans certains coryzas aigus et violents ce phénomène s'observe parfois à un degré assez marqué, pendant que la muqueuse pituitaire est enflammée et turgescence.

Si, poussant nos investigations, nous recherchons quel a été le mode de production de ce chancre, le problème sera plus difficile à résoudre.

La nourrice de M. Watson avait été directement conta-

minée par son nourrisson; c'est là un fait rare, car le mamelon semble plus exposé dans ces cas que la membrane de Schneider, mais la chose est possible, si l'on songe, qu'en s'amusant, les nourrices se font parfois téter le bout du nez. Dans le cas de mon malade, au contraire, je ne vois que trois hypothèses plausibles : ou bien il s'est livré, sur une femme syphilitique, à des pratiques obscènes, ou il a été fortement embrassé par elle et a été contaminé, ou bien encore, il s'est transporté lui-même, avec son ongle, le virus syphilitique qu'il s'est inoculé en se grattant la cloison. C'est du reste, le mode d'infection qui me semble le plus vrai dans ce cas, parce que le malade, employé à l'abattoir, m'a avoué avoir l'habitude de nettoyer son nez avec le doigt pour enlever soit des poussières soit des débris arrêtés à l'entrée des narines.

Quoi qu'il en soit, la syphilis a fait chez lui son entrée par le nez, venant une fois de plus nous prouver que toutes les voies lui sont bonnes.

Nous savons tous, du reste, qu'elle pénètre encore plus avant dans les fosses nasales, et que l'orifice des trompes d'Eustache lui-même n'a pas échappé à l'infection syphilitique, mais c'était le résultat d'une incurie regrettable dont tout le monde connaît aujourd'hui la triste histoire. Il est bon, toutefois, de rappeler ces faits de temps à autre, pour éviter de pareils désastres dont M. Lancereaux (1) a encore, l'an passé, publié une nouvelle observation et dont j'ai eu moi-même l'occasion de voir un exemple bien triste. La malade, âgée de soixantedix ans, succomba aux suites de l'affection que le traitement spécifique, appliqué trop longtemps après, fut impuissant à arrêter.

Je terminerai ma communication en faisant observer qu'en l'absence d'accidents secondaires, le diagnostic de la

(1) *Gaz. des Hôp.*, 27 février 1886.

lésion primitive peut offrir de grandes difficultés. Toutefois si l'on se rappelle combien sont rares, en dehors des tumeurs malignes, les saillies bourgeonnantes, sanieuses et *limitées* de la muqueuse pituitaire, le diagnostic pourra être établi plus facilement.

En effet les tumeurs malignes les plus fréquentes dans les fosses nasales sont sans contredit les sarcomes ; or ces tumeurs ne s'ulcèrent que lorsqu'elles ont acquis un développement assez notable, et à ce moment elles occasionnent non seulement des épistaxis spontanées extrêmement abondantes ou tout au moins très fréquentes, mais souvent des déformations du squelette osseux ou cartilagineux du nez ou de ses annexes.

Le chancre, au contraire, tout en étant sanieux à sa surface, saignant facilement, n'a jamais un volume considérable. L'écoulement du sang est très peu abondant. Dès son apparition existe un engorgement ganglionnaire spécial qui dans les cas de tumeurs malignes ne survient que tardivement alors que l'hésitation n'est plus permise. Dans ces cas la nature même de la tuméfaction des ganglions fixe le diagnostic.

Les tumeurs bénignes de la cloison ne présentent avec la lésion qui nous occupe aucune analogie qui puisse permettre le moindre doute.

Quant aux ulcérations fongueuses de la cloison, elles sont absolument différentes du chancre dont l'aspect lardacé ressemble beaucoup à l'accident primitif végétant de la lèvre et des autres muqueuses.

Enfin restera toujours comme dernier élément de diagnostic ce que l'on est convenu d'appeler la pierre de touche de la syphilis : le traitement.

DES PRESSIONS CENTRIPÊTES ET CENTRIFUGES SUR LA MEMBRANE DU TYMPAN EMPLOYÉES COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT.

Par le Dr C. MIOT (1).

Il est intéressant de rechercher si des pressions exercées alternativement sur les faces externe et interne de la membrane du tympan peuvent servir à se rendre compte de la mobilité de la chaîne des osselets et surtout de l'articulation stapédo-vestibulaire, la plus fréquemment atteinte. Lucae, le premier, a étudié la mobilité de la platine de l'étrier, au moyen de pressions exercées, avec la pulpe du doigt, sur le méat auditif externe, pendant que le diapason est posé sur le vertex.

Gellé a remplacé le doigt par une poire en caoutchouc à laquelle est fixé un tube en caoutchouc, dont l'extrémité libre oblitère le méat auditif externe.

Ces deux observateurs ont constaté que le son d'un diapason mis en vibration et appliqué au vertex est moins bien perçu par le sujet en expérience dont l'ouïe est normale à chaque pression. Gellé dit, de plus :

« Les rémittences de la sensation sonore indiquent l'état normal. Elles prouvent la mobilité et l'élasticité des parties conductrices et surtout de l'étrier. L'extinction brusque du son crânien, à chaque poussée d'air, annonce une action exagérée de la pression aérienne sur la platine de l'étrier.

» L'enfonçure en dedans, par trop grande de l'étrier, cause l'oblitération de la fenêtre et arrête net le son. Cette atténuation de la sensation s'accompagne souvent de bourdonnements et surtout de vertiges tout à fait caractéristiques d'une action exagérée sur le labyrinthe. L'absence de modification du son perçu indique que la poussée ne dépasse pas le tympan et que l'étrier est immobile.

(1) Mémoire lu en partie à la Société d'otologie et de laryngologie. Séance du 15 avril 1887.

» La mobilité du tympan se démontre facilement. Les signes positifs ou négatifs sont connus; c'est donc un signe d'immobilité de l'étrier (à moins qu'il n'y ait disconnexion de la chaîne des osselets) (1). »

Avant de nous livrer aux recherches utiles au diagnostic, nous avons voulu savoir sous quelle pression cette membrane se rompt et si nous trouvions les mêmes chiffres qu'Hartmann et Gellé. Le premier de ces expérimentateurs a reconnu que le tympan se rompt sous une pression produite par une colonne de mercure de 140 cent. et le second sous une pression de 160.

Nos recherches faites sur des cadavres et des pièces fraîches nous ont donné des résultats variables dépendant de lésions tympaniques et de l'état plus ou moins avancé des cadavres. Mais nous pouvons dire, en prenant la moyenne, que le tympan se rompt sous une pression de 1100 à 1500 grammes (2). Pour toutes ces recherches, nous nous sommes servi d'un appareil composé d'un tube à trois branches; l'une de celles-ci est munie d'un embout auriculaire, l'autre aboutit à un manomètre métallique de Bourdon gradué à trois atmosphères; la troisième est en communication avec une poire en caoutchouc ou un réservoir à air comprimé.

Avant de faire connaître le résultat de nos expériences, quelques remarques préliminaires sont utiles.

Toutes les pressions doivent être faites lentement, sans secousses pour être bien supportées. On peut les exercer à l'aide d'appareils variés; la bouche pour des pressions n'excédant pas 200 grammes, le soufflet ordinaire pour celles au-dessous de 150 grammes; la poire en caout-

(1) *Précis des mal. de l'oreille*, par Gellé, p. 340. Paris, 1885. Baillière.

(2) Pour éviter au lecteur un travail de tête assez ennuyeux, nous avons mis en regard l'une de l'autre quelques pressions en centimètres et en grammes :

1	atmosphère	=	76	centimètres	=	1.033	grammes.
2/3	—	=	50,6	—	=	688	—
1/2	—	=	38	—	=	516	—
1/3	—	=	25,3	—	=	344	—
1/4	—	=	19	—	=	258	—
1/76	—	=	1	—	=	13,6	—

chouc pour les pressions ne dépassant pas 700 à 800 gr, enfin la pompe à compression avec ou sans caisse à air comprimé convient à toutes les pressions. Cette dernière munie d'une caisse à air ou récipient nous avait paru *a priori* supérieure au ballon parce qu'elle nous semblait bien plus propre à faire pénétrer l'air progressivement, sans secousses, que des pressions exercées sur le tube ou avec la poire.

Aussi avons-nous été très étonné quand, opérant avec une pompe, nous avons reconnu que tandis que les sujets supportaient une pression de 400 grammes, par exemple, avec une poire, ils avaient beaucoup de peine à en tolérer une de 200 grammes avec la pompe. On ne peut expliquer le fait que par la continuité régulière et progressive avec laquelle cette dernière agit.

L'occlusion du méat auditif, pendant ces pressions, a attiré, d'une façon toute particulière, notre attention. Il est facile de l'obtenir toutes les fois que la pression est faible, mais cette facilité disparaît à mesure qu'elle est plus forte, de façon que l'embout placé dans le méat auditif doit exercer une pression énergique, pour que l'air ne s'échappe pas du conduit.

Nous avons oblitéré le méat avec des tubes en caoutchouc rendus rigides à leur extrémité auriculaire, à l'aide de tubes en bois, en corne ou en verre introduits dans leur intérieur. Nous nous sommes servi aussi d'embouts en os, en bois, en caoutchouc durci, en gutta-percha, après avoir eu le soin d'enduire préalablement le conduit auditif avec un corps gras, comme la vaseline, par exemple. Nous avons donné la préférence à l'embout en gutta-percha dont le contact est doux à l'oreille, et parce que cette substance a l'avantage de pouvoir être un peu ramollie, à l'avance, dans l'eau chaude, et de clore hermétiquement le conduit, sans nécessiter une trop forte pression sur la portion cartilagineuse.

Dans toutes les expériences faites avec le diapason, il faut placer l'instrument toujours au même point du crâne,

parce que le son change de timbre, d'intensité et de durée suivant la région. Cette différence dépend de l'épaisseur et de la structure des os, des masses musculaires qui les recouvrent, etc.

Les branches du diapason doivent toujours être également écartées afin que le son produit ne varie ni dans son intensité, ni dans son timbre, ni dans sa durée.

Quand les pressions atteignaient 500 à 600 grammes, nous avons remarqué que certains sujets ressentait une chaleur cuisante, et même une sensation douloureuse assez pénible pour obliger à cesser l'expérience, tandis que d'autres n'accusaient pas ces symptômes ou à un faible degré. Cette différence dans les sensations éprouvées tient à ce que les premiers ouvraient la bouche pendant que les seconds la fermaient. Nous avons constaté ce fait en répétant l'essai sur nous-même plusieurs fois. Nous pouvons même ajouter que la plupart des sujets, que l'ouïe soit normale ou pathologique, supportent difficilement une pression de 400 grammes, la bouche ouverte, tandis qu'une pression de 600 grammes ne les incommode pas, la bouche fermée. Cette facilité à supporter une plus forte pression pendant que l'orifice buccal est fermé, vient de ce que l'embout pénètre moins profondément dans le conduit et comprime une étendue moins grande des parois de la portion fibro-cartilagineuse.

Ces observations terminées, il nous reste à donner le résultat de nos expériences.

Pour les faire, nous avons choisi des personnes à sensibilité nerveuse très vive et à sensibilité peu développée et nous les avons divisées en deux classes bien distinctes : la première comprenant les personnes dont l'ouïe est normale, la seconde celles qui sont affectées d'otite moyenne sèche plus ou moins prononcée.

Après avoir étudié l'action des pressions centripètes faibles, comme Lucae et Gellé l'ont fait, nous avons voulu nous rendre compte de l'effet des pressions centripètes

moyennes (200 à 400 grammes); fortes (400 à 800 grammes) et des pressions centrifuges (100 à 150 grammes). Il nous a été impossible, dans la plupart des cas, de faire supporter aux sujets une pression de 800 grammes, et nous ne conseillons à personne de dépasser cette limite, afin de ne pas courir le risque de produire la rupture du tympan qui peut être modifié dans sa structure et sa résistance.

Première classe. — Nous avons recherché sur tous les sujets soumis aux expériences si le son d'un diapason appliqué contre le vertex était modifié, dans son intensité et sa durée, par une pression donnée.

Pour fournir à ces sujets des points de comparaison, nous leur avons fait entendre le diapason appliqué sur la ligne médiane, au niveau du vertex ou du front :

1° Pendant que leurs oreilles étaient ouvertes;

2° Le tube de l'appareil dans l'oreille, sans pression, c'est-à-dire le manomètre marquant 0;

3° Avec des pressions variables.

Le son est clair, les oreilles ouvertes. Le son est un peu plus sourd, un peu plus fort et prolongé quand le tube de l'appareil, sans pression, est dans l'oreille, que lorsque celle-ci est libre. Cependant, la progression n'est pas régulièrement croissante.

Il suffit d'une pression faible, n'atteignant même que 50 grammes, c'est-à-dire $1/20$ d'atmosphère pour constater une diminution d'intensité dans le son. Une pression aussi faible n'est pas toujours sensible, mais la différence dans l'intensité du son est toujours facile à saisir, quand on passe rapidement de cette pression à une pression de 300 grammes par exemple.

Le son ne diminue pas d'intensité en progression régulièrement croissante avec la pression. Il est évident que le malade l'entend moins à 0 qu'à 400 grammes; mais la différence entre 200 et 300 grammes, par exemple, entre 400 et 500 grammes est souvent trop légère pour être appréciée. Lorsque la pression atteint

un degré assez élevé, la différence entre l'intensité du son cesse, et les symptômes de compression qui surviennent empêchent la continuation de l'expérience. Nous nous sommes demandé pourquoi l'intensité du son ne diminuait pas proportionnellement à la pression et nous en avons trouvé l'explication dans la réaction des muscles de la chaîne des osselets. Tant que la pression, est modérée, il est probable que les muscles sont peu excités et ne se contractent pas d'une manière sensible. Au moment où elle devient forte, au contraire, le muscle de l'étrier, antagoniste du muscle tenseur du tympan, se contracte et empêche cet osselet de pénétrer plus que de raison dans la fenêtre ovale. Enfin, la pression augmentant, devient plus forte que l'action de ce muscle, ou, celle-ci diminuant, l'étrier s'enfonce dans la fenêtre ovale. Quelles que soient les pressions maximales auxquelles nous ayons soumis nos patients, ceux-ci n'ont jamais cessé d'entendre le son du diapason, même au moment où sont survenus les symptômes de compression du liquide labyrinthique qui nous ont contraint à mettre fin à l'expérience. Aussi, ne comprenons-nous pas pourquoi Gellé a dit : « que l'enfonçure trop grande de l'étrier cause l'oblitération de la fenêtre et arrête net le courant. »

Le temps pendant lequel le sujet en expérience entend le son du diapason, ne suit pas régulièrement la même progression. Ainsi, tandis que la perception du son a lieu pendant 13", les oreilles ouvertes, elle se prolonge pendant 12" à une pression de 400 grammes, assez forte cependant pour produire, chez certains sujets, des symptômes de compression du liquide labyrinthique. On voit, par cette proportion, que les différences sont peu sensibles. En résumé, on peut dire que la durée du son ne varie pas, tant que la pression est faible et ne dépasse pas 300 grammes, tandis qu'elle diminue un peu avec des pressions plus fortes, variant de 300 à 450 grammes, par exemple. Nous avons constaté que l'on ne produisait

jamais des phénomènes de compression du liquide labyrinthique avec des pressions faibles, c'est-à-dire n'excédant pas 350 grammes, par exemple. Au contraire, avec des pressions variant de 450 à 700 grammes, suivant les sujets, on détermine ces phénomènes à un degré si prononcé qu'il est impossible de continuer l'expérience, même pendant quelques secondes. On supporte, en général, avec assez de difficulté une pression supérieure à 700 grammes, qui nous paraît être la limite extrême à atteindre.

Symptômes immédiats. — Nos sujets ont ressenti, pendant ou après les pressions, une chaleur, une cuisson plus ou moins vive dans le conduit, pendant un temps d'autant plus long que la pression a été plus forte et plus prolongée. Cette sensation est produite par une congestion de la peau, assez vive dans certains cas pour déterminer la formation de foyers hémorragiques disséminés dans la peau du conduit, principalement dans la partie osseuse et dans la couche cutanée du tympan (de préférence dans sa moitié postéro-supérieure). Dans quelques cas, les malades ont une excitation des rameaux du pneumo-gastrique qui déterminent des accès de toux assez violents pour obliger à cesser l'expérience. Au moment où l'étrier s'enfonce plus profondément dans la fenêtre ovale, il survient un bourdonnement vasculaire assez sourd, de la lourdeur de tête, puis un étourdissement qui augmente et devient intolérable si on continue la pression. Dans certains cas, il survient même des syncopes.

L'acuité auditive subit des modifications passagères. Immédiatement après les expériences, l'ouïe est d'autant plus troublée, que la pression a été plus forte. Mais ce trouble, cet éblouissement de l'ouïe a une courte durée. Il n'est pas douteux que si on exagérait la pression, on pourrait produire des fractures et des ruptures non seulement préjudiciables à la fonction de l'organe, mais à l'existence du malade. C'est pour ce motif que nous

n'avons pas voulu dépasser une pression de 800 grammes, déjà trop forte pour le plus grand nombre des sujets, et que quelques-uns seulement ont pu supporter.

Politzer pense que dans les expériences de Lucae et de Gellé, il y avait compression du liquide de l'oreille interne, par la membrane de la fenêtre ovale déjetée du côté du labyrinthe. Cette objection applicable aux pressions faibles l'est encore mieux, d'après cet auteur, aux pressions fortes. Elle est facile à réfuter par l'expérience suivante que nous avons faite, non sur une personne jouissant d'une acuité normale, mais sur un malade affecté de catarrhe léger de l'oreille moyenne. Nous avons introduit une sonde jusqu'à la portion osseuse de manière à établir une libre communication entre la caisse et l'air extérieur, de telle sorte que l'air refoulé dans la caisse par le tympan ne peut plus agir sur la fenêtre ronde. Dans ces conditions nouvelles, le résultat de l'expérience avec le diapason ne varie pas.

CHAPITRE II.

Deuxième classe. — Les malades de cette classe sont affectés d'otite moyenne sèche plus ou moins avancée. Ils forment deux séries. La première comprend des malades entendant la montre à quelques centimètres de l'oreille, et la voix à une distance limitée ; la seconde, tous les malades qui n'entendaient la montre qu'appliquée sur le pavillon de l'oreille ou même plus du tout, et la voix moyenne ou forte de près seulement.

La perception crânienne à la montre était nulle. Tous les malades ont été soumis plusieurs fois aux mêmes expériences, à huit ou dix jours d'intervalle.

Nous avons constaté que les pressions doivent être d'autant plus fortes pour déterminer des symptômes subjectifs que les tissus sont plus modifiés et que les surfaces articulaires glissent moins facilement les unes sur les autres, qu'il y ait rigidité de la muqueuse ou.

ankylose vraie de l'articulation des osselets. Ainsi, la différence du son entre 0 pression et 100 grammes est appréciée par des malades dont l'ouïe est sensiblement diminuée. Elle est nulle, au contraire, chez des malades dont la rigidité de l'articulation stapédo-vestibulaire est manifeste. On peut objecter que cette modification pathologique de l'articulation n'a pu être constatée.

Mais nous répondons qu'avant de faire ces expériences nous avons choisi deux sourds à qui nous avons pratiqué préalablement une assez large perforation du tympan, au point d'élection, afin d'examiner l'étrier pendant que nous exercions sur lui des pressions dans divers sens, de manière à acquérir la certitude qu'il était immobile. Chez d'autres malades ayant d'une façon manifeste des lésions stapédales analogues nous avons reconnu que des modifications sensibles dans l'intensité du son n'avaient même pas lieu avec des pressions fortes, c'est-à-dire au dessus de 400 grammes. Quelques sujets percevaient un son plus clair à une pression de 400 grammes et au-dessus qu'à 0.

Les pressions ne doivent pas être continuées lorsqu'elles n'ont produit aucun résultat après quelques séances, parce qu'elles indiquent une ankylose de l'étrier ou une autre lésion sur laquelle elles n'exercent aucune influence.

Durée du son. — Chez les malades de la première série, la durée du son est d'autant moins modifiée que les lésions sont moins prononcées; mais elle n'est pas proportionnelle à la pression. On peut dire qu'elle suit les modifications observées à l'état physiologique avec cette différence qu'elle ne change pas sous l'influence des pressions faibles, et qu'il est nécessaire d'agir au moins avec une pression de 100 grammes.

Chez les malades de la deuxième série, la durée du son ne paraît pas modifiée par les pressions, toutes les fois que l'étrier est ankylosé, même en variant les pressions de 0 à 800 grammes.

Symptômes de compression. — Tandis que sur les sujets

à acuité normale, on détermine assez facilement des symptômes évidents de compression, il est difficile de les obtenir dès que l'articulation stapédo-vestibulaire est moins mobile. Dans les cas où celle-ci était ankylosée, comme chez les deux sourds dont nous avons parlé ci-dessus, nous n'avons obtenu aucun symptôme de compression à une pression de 7 à 800 grammes. Nous n'avons pas voulu employer une pression plus forte, qui nous paraît inutile et dangereuse : inutile, parce qu'avec 800 grammes on exerce une pression assez énergique pour faire mouvoir un étrier susceptible de se mouvoir ; dangereuse, parce que l'on court le risque d'une rupture du tympan, de la chaîne des osselets, de l'étrier principalement, etc.

Effets sur l'audition. — Nous avons dit que certaines pressions répétées pendant plusieurs minutes sur le tympan d'une personne dont l'ouïe est normale produisent un peu de confusion, d'éblouissement auditif. Chez les sourds de la première série on constate généralement la diminution des bourdonnements et de la surdité, quand celle-ci est le résultat d'une lésion stapédale. Chez ceux de la deuxième série, on est parfois surpris de produire une amélioration sensible dans l'état fonctionnel du sens de l'ouïe. Parmi les malades chez lesquels nous avons obtenu un résultat, plusieurs sont encore en observation. Trois d'entre eux méritent d'être signalés d'une manière particulière.

Le premier est une femme âgée de soixante-huit ans. Celle-ci n'a ni perception cranienne, ni acuité auditive à la montre. Elle suit la conversation sur le ton ordinaire, à 40 centimètres de l'oreille gauche et plus, près de l'oreille droite. Elle n'entend pas du tout le bruit des voitures. Elle est tourmentée, de plus, par des bruits en *zi*, continuels, très incommodes, plus forts dans l'oreille droite. Des pressions centripètes de 0 à 800 grammes répétées plusieurs fois, et alternées avec des pressions centrifuges de 0 à 150 grammes, ont diminué les bour-

donnements dans les deux oreilles, et ont amélioré l'audition de l'oreille droite plus que celle de l'oreille gauche.

La seconde malade est âgée de soixante-cinq ans. Elle a commencé à devenir sourde, il y a quinze ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. Depuis deux ans, sa surdité a augmenté beaucoup. Elle est affectée de bourdonnements continuels en zi. Elle n'a ni perception crânienne, ni acuité auditive à la montre. La voix, sur le ton ordinaire de la conversation, est entendue de près de l'oreille droite, beaucoup moins de la gauche. Le bruit des voitures n'est pas entendu. Cette malade est traitée depuis plusieurs mois à notre clinique sans amélioration sensible par les cathétérismes de la trompe d'Eustache. Ayant soumis le tympan droit seulement à des pressions centripètes de 450 grammes pendant une demi-heure environ, avec des repos fréquents, la malade nous a fait remarquer qu'elle éprouvait une sensation d'oreille dégagée, au lieu de ressentir de la plénitude.

Nous avons répété trois fois la même expérience, à 8 jours de distance, et nous avons obtenu les mêmes résultats. Les bourdonnements ont cessé.

La malade nous priant instamment d'agir sur l'oreille gauche, nous nous rendons à ses désirs. Après deux séances de pressions faites dans les conditions précédentes, la malade ressent les mêmes symptômes, mais d'une manière moins prononcée. Des pressions centrifuges à 150 grammes succédant à des pressions centripètes n'ont pas modifié les résultats.

Depuis plusieurs semaines, elle jouit d'une acuité bien supérieure à celle qu'elle avait auparavant. Elle perçoit parfaitement le bruit des voitures et suit la conversation à 1^m50 de distance.

Le troisième malade, âgé de soixante-six ans, a eu des douleurs d'oreilles à plusieurs reprises pendant son enfance. L'acuité auditive a toujours été inférieure à gauche. Il y a quinze ans, le malade a eu des rhuma-

tismes articulaires et a remarqué, depuis 1871, une diminution de l'acuité auditive droite avec bourdonnement en zi. La perception cranienne à la montre est nulle à gauche, faible à droite. La montre n'est pas entendue au contact du pavillon gauche; elle l'est à droite. La voix à timbre ordinaire est entendue de près. Le jour de la première séance de pression et de la seconde, l'acuité du côté droit a augmenté. Après la seconde séance l'audition est restée améliorée. Les bourdonnements ont beaucoup diminué.

Les séances de pression doivent durer cinq à dix minutes, suivant les cas, quelquefois plus, en ayant soin de séparer, de temps en temps, chaque pression par un intervalle de quelques secondes. Elles seront renouvelées d'autant plus souvent qu'elles seront moins fortes, c'est-à-dire tous les jours, tous les deux ou trois jours, ou même moins fréquemment, s'il existe de la congestion de la couche cutanée du conduit auditif externe.

Ces exemples et beaucoup d'autres que nous pourrions citer prouvent que les pressions centripètes fortes exercent véritablement chez certains malades une action efficace sur l'articulation stapédo-vestibulaire. Elles doivent être continuées à titre de traitement, quand on a cessé les cathétérismes, et même employées concurremment avec eux. Elles seront plus fortes en raison directe de l'état pathologique, mais on aura bien soin de se rendre préalablement un compte exact de l'état du tympan, afin d'en proportionner la puissance à la résistance de cette membrane.

Des pressions centrifuges. — Elles consistent à agir sur les parois de l'oreille moyenne par l'air insufflé dans ses cavités au moyen du cathétérisme, ou des procédés de Val-salva-Lévi, de Politzer, etc., Elles servent à déjeter le tympan en dehors, et à faire exécuter dans le même sens un mouvement aux osselets, par conséquent, à diminuer le degré d'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale déterminé par les pressions centripètes.

En les alternant avec ces dernières, et en ayant soin de les porter à une pression variant entre 100 et 150 grammes au plus, on peut faire exécuter au tympan et aux osselets des mouvements de va-et-vient susceptibles de produire d'excellents résultats. — Elles ne peuvent pas être aussi fortes que les pressions centripètes, à cause de l'impossibilité de bien fermer la trompe, et des inconvénients graves qu'il y aurait à les porter même à 300 grammes.

On doit les prolonger beaucoup moins que les pressions centripètes, et les répéter chaque fois que l'on emploie ces dernières ou moins fréquemment.

CONCLUSIONS.

1° Les pressions faibles exercées sur les tympan de personnes douées d'une acuité normale produisent une action légère sur l'articulation stapédo-vestibulaire. Les pressions moyennes et fortes causent seules des symptômes subjectifs évidents de compression, tels que bourdonnements, étourdissement, etc. Ces symptômes se manifestent, suivant la sensibilité des sujets, après des pressions variables.

2° Les pressions faibles n'ont guère d'action sur l'articulation stapédo-vestibulaire chez les malades affectés d'otite moyenne scléromateuse. Elles doivent être d'autant plus fortes, pour produire un effet, que cette articulation fonctionne moins bien.

Les pressions moyennes et fortes appliquées au diagnostic des modifications pathologiques de cette articulation permettent seules de reconnaître si celle-ci est plus ou moins ankylosée. Leur emploi, à des intervalles convenables, peut modifier avantageusement dans un certain nombre de cas, ces états pathologiques qui ne cesseraient pas de s'aggraver s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes.

CLASSIFICATION DES MUSCLES LARYNGÉS (1)

Par le Dr MOURA.

§ I. — DIVISIONS ADOPTÉES PAR LES AUTEURS CLASSIQUES.

Les muscles du larynx ont été un objet d'étude et de recherches pour beaucoup d'anatomistes et de physiologistes, tant anciens que modernes, et, malgré leurs travaux et leurs écrits, malgré leurs expériences *in animâ vili*, on n'est pas encore fixé ni sur le nombre de ces agents moteurs, ni sur la fonction de la plupart d'entre eux.

Nous essaierons cependant de faire quelque lumière sur ces importantes questions, en consignait ici les résultats que nous ont fournis nos dissections au laboratoire de l'ancien Hôtel-Dieu et nos examens laryngoscopiques sur l'homme pendant la vie.

Galien est considéré comme l'un des premiers qui ait fait connaître ces muscles chez les animaux; après lui, Fabrice d'Acquapendente, dont j'ai souvent entendu faire l'éloge par un professeur de l'École de Montpellier, Estor père, en a donné une description plus complète.

Sans nous attarder à citer tous ceux qui ont refait cette description, disons que Bichat et Magendie apportèrent dans cette étude un nouveau moyen de contrôle, l'expérimentation physiologique, et que l'invention du laryngoscope a, depuis vingt-six ans, imprimé un tel essor à tous les problèmes qui se rattachent à la théorie de la voix humaine, que d'ici à peu de temps, nous l'espérons, l'anatomie et la physiologie de l'organe vocal laisseront peu de chose à connaître.

Afin de rendre notre exposition le plus simple et le plus lucide possible, examinons quelles sont les idées qui ont servi de base aux diverses classifications des auteurs.

La première division dont nous avons à parler est fondée

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 14 avril 1887.

sur l'anatomie. Les muscles y sont partagés en deux classes ou groupes dénommés : *Intrinsèques* et *Extrinsèques*, suivant qu'ils font directement ou indirectement partie du larynx, suivant qu'ils sont *Intra* ou *Extra-laryngés*.

Une seconde division, plus ancienne, repose sur le rôle physiologique attribué aux faisceaux musculaires. Elle comprend également deux sections, selon que les muscles ouvrent ou ferment l'orifice de la glotte. On a ainsi obtenu deux groupes appelés l'un *dilatateur*, et l'autre *constricteur* de la glotte.

Cette division ne satisfaisant pas tout le monde, on a cru la remplacer plus sagement et plus utilement par une troisième, celle de : muscles *Abducteurs* et de muscles *Adducteurs*, qualificatifs dont la forme est séduisante, plus scientifique et moins vulgaire, mais qui n'en valent guère mieux comme expression et comme exactitude.

Notre savant et regretté physiologiste Bèclard, décédé le 9 février dernier, avait pensé qu'il fallait ranger les muscles du larynx sous deux vocables de *glottiques* et *vocaux*, suivant, dit-il, « que les uns ont pour rôle d'éloigner ou de rapprocher les lèvres de la glotte, d'augmenter ou de diminuer cet orifice ; et les autres, de modifier la longueur, la tension et l'épaisseur des cordes vocales inférieures. » (*Dictionnaire de Dechambre*, art. *sur les fonctions du larynx*, p. 568 et suiv.)

Avant d'apprécier la valeur de ces classifications, quelques considérations physiologiques sont indispensables sur le larynx comme organe de respiration et de phonation.

§ II. — LE LARYNX, ORGANE DE RESPIRATION.

Comme organe de l'appareil respirateur, le larynx contient un orifice appelé *glotte* qui est le passage le plus étroit et le plus important du canal aérifère. Ce passage simule une porte-écluse, à deux vantaux ; l'air entre et sort par cette porte sans interruption tant que la vie

existe, et l'intégrité de la fonction respiratoire exige qu'elle soit toujours ouverte et libre.

Or, les deux vantaux exécutent sans discontinuité, un mouvement de va-et-vient toutes les quatre ou cinq secondes; le degré d'ouverture du passage varie en conséquence de quelques millimètres en plus ou en moins chaque fois. Ils sont, en effet, le siège de deux déplacements contraires et opposés qui les écartent et les rapprochent sans les appliquer toutefois l'un contre l'autre.

Ces vantaux ne sont autre chose que les *replis ou lèvres* de la glotte, les *cordes vocales* de Ferrein, dont les aryténoïdes représentent les *chevilles*. Leur écartement et leur rapprochement quelque exagérés qu'ils soient, n'offrent aucun inconvénient dans les conditions de la respiration calme et normale. Ce fait très important vient de ce que l'aller et le retour de ces valvules mobiles s'opèrent indépendamment de la volonté, et cette indépendance est la meilleure garantie de la régularité du mécanisme de l'acte de la respiration. Quand cette *volonté* intervient, c'est toujours pour maintenir l'intégrité de leurs mouvements rythmiques, pour faire disparaître la cause ou l'obstacle qui les ont troublés.

Ainsi, ce n'est qu'accidentellement que les bords de la glotte, autrement dit les vantaux de la porte-écluse, se trouvent amenés jusqu'au contact et maintenus en cet état; l'orifice étant rétréci ou fermé, l'air entre et sort difficilement, bruyamment comme à travers une fente de porte mal jointe. Nous n'avons pas à nous occuper de ce sujet en ce moment, pas plus que de l'interruption volontaire ou simulée de son écoulement.

Constatons seulement :

1° Que l'écartement et le rapprochement alternatifs des bords de la glotte sont synchrones avec les deux actes de la respiration, savoir : l'Inspiration et l'Expiration.

2° Qu'ils s'exécutent *passivement, automatiquement*, c'est-à-dire sans que la volonté intervienne, contrairement à

l'opinion de nos confrères en laryngologie et à celles des physiologistes en général (1).

Malgaigne s'était occupé de la voix humaine dans un travail inséré dans les Archives générales de médecine en 1831. De ses expériences et de ses appréciations plus ou moins justes, il avait conclu :

» Que le thyro-aryténoïdien est le muscle vocal par excellence, tandis que les autres ne sont que des muscles respirateurs; qu'il obéit seul à la volonté et que les autres, quoique soumis aussi à la volonté, peuvent agir en son absence, propriété commune à tous les respirateurs. » (T. XXV.)

E. Fournié n'est pas du tout de son avis :

« Contrairement à son assertion, dit-il, nous pensons que le muscle thyro-aryténoïdien est un muscle respirateur au même titre, sinon plus que les autres. Si, pendant l'inspiration, la glotte s'agrandit sous l'influence des crico-aryténoïdiens postérieurs, elle se rétrécit pendant l'expiration, et ce rétrécissement ne peut être effectué que par les thyro-aryténoïdiens. » (*Phys. de la voix et de la parole*, p. 406, année 1866.)

« Pendant la respiration, ces muscles (les crico-aryténoïdiens postérieurs) sont dilatateurs de la glotte. » (Id., p. 416.)

Mandl considérait ce double mouvement rythmique des bords de la glotte comme accidentel et caractérisant une *respiration anormale*, c'est-à-dire accélérée par une cause passagère. Dans la respiration calme, tranquille, autrement dite *normale*, les bords de la glotte, suivant lui, restent fixes, et immobiles. Voici ce qu'il écrit dans son *Traité des maladies du larynx*, p. 245, publié en 1872 :

« Par l'inspiration, les lèvres vocales sont écartées et partiellement cachées sous les replis supérieurs; cet écartement est plus ou moins considérable suivant l'action

(1) Notre manière de voir sur ce point de la physiologie laryngée a été exposée dans notre mémoire sur la nouvelle Théorie de la voix, présenté à l'Académie de médecine le 29 mars 1887.

des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Si ces muscles se contractent et si leur action est contrebalancée en partie par celle des crico-aryténoïdiens latéraux, l'orifice glottique présente un triangle isocèle à la base duquel serait ajouté un autre triangle plus petit, à sommet tronqué. Si, au contraire, l'inspiration est très ample, très profonde, les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs se contractent d'une manière énergique, etc. » (Alinéa 248.)

« Tous les muscles intrinsèques sont en activité à l'exception des thyro-aryténoïdiens internes, car on ne voit pas les lèvres vocales s'épaissir, et à l'exception des crico-thyroïdiens. » (Id. p. 249, alinéa 252.)

La façon d'écrire de Mandl ferait croire qu'il ne possédait pas bien la langue française :

Au commencement de la page 245, il dit que l'immobilité des lèvres de la glotte *pendant la respiration est l'état normal*; et, dans les alinéas suivants, il attribue le *peu d'écart dont elles sont le siège pendant cette même respiration normale*, tranquille et calme, à une *action partielle des crico-aryténoïdiens postérieurs*.

« Lorsque l'inspiration s'accomplit normalement, sans effort et tranquillement, les replis inférieurs conservent une *immobilité* presque absolue pendant l'inspiration et l'expiration. » (Alinéa 247, p. 245.)

« Pendant l'expiration, on voit les replis inférieurs (après une inspiration très ample et très profonde) se rapprocher et limiter un triangle isocèle, jusqu'à ce que la *respiration normale* se trouve complètement établie, avec une *immobilité complète* de ces replis. » (P. 245, alinéa 248.)

C'est à tort, suivant nous, que l'on attribue aux muscles intrinsèques laryngés une part quelconque dans les déplacements qu'éprouvent les bords de la glotte pendant les deux actes de la respiration calme et tranquille, c'est-à-dire *normale*.

Mandl commet une autre erreur quand il affirme que pendant la respiration calme et tranquille les lèvres

vocales restent immobiles et qu'elles n'éprouvent des déplacements, des oscillations qu'*accidentellement et volontairement*.

Les oscillations des bords de la glotte sont plus ou moins visibles chez les sujets que l'on inspecte. La cavité du larynx, pour un grand nombre d'entre eux, n'est pas accessible à l'éclairage; la conformation de l'épiglotte est un obstacle des plus ordinaires, et, quand elle permet l'examen, la moitié antérieure de l'orifice glottique reste souvent invisible.

Mais là où cet orifice est reproduit en entier par le miroir, ses bords exécutent des allées et des venues régulières, qui sont d'autant plus apparentes que la glotte est plus petite, d'autant moins étendues et saisissables que les lèvres vocales sont plus longues. Ces déplacements rythmiques varient aussi, suivant que le développement de la glotte est ou n'est pas en rapport avec le diamètre du porte-vent (trachée) et la capacité du soufflet pulmonaire; quelque limités que soient d'ailleurs l'écartement et le rapprochement des apophyses vocales pendant l'inspiration et l'expiration, nous n'avons jamais, quant à nous, constaté leur immobilité complète, sauf intervention de la volonté.

Lorsque pour une cause ou pour une autre le rythme de la respiration tranquille devient rapide, les oscillations des lèvres de la glotte sont aussi plus accentuées, plus fréquentes, car l'accélération des mouvements respiratoires se reproduit dans ceux des bords de la glotte. L'inspiration étant plus ample, plus forte et plus courte, l'air aspiré entre avec force, avec précipitation; la pression qu'il exerce contre les parois du conduit vestibulaire refoule les parties non résistantes et agrandit d'autant le passage de la porte-écluse en écartant les deux vantaux.

Quoique plus fréquente la respiration n'en est pas moins facile; elle a lieu comme à l'état normal, sans que les muscles intrinsèques aient besoin d'intervenir. Il

n'en est pas de même si un corps étranger ou une cause pathologique arrête ce mouvement rythmique et occasionne le spasme ou la sténose de la glotte; les muscles intrinsèques entrent alors en action pour faire disparaître l'obstacle et ouvrir les deux vantaux avec énergie.

Mais tant que la respiration s'accomplit dans les conditions ordinaires et physiologiques de la santé, qu'elle soit lente, qu'elle soit accélérée, le mouvement oscillatoire des bords de la glotte reste *involontaire, automatique, organique* ou *passif*.

Cet automatisme est du reste démontré physiologiquement par les expériences des vivisecteurs, et cliniquement, par le laryngoscope chez les hystériques et certains paralytiques.

§ III. — OSCILLATIONS GLOTTIQUES RESPIRATOIRES

Dans la physiologie médicale de l'Encyclopédie de Bayle, T. V, 1836, Brachet s'exprime ainsi :

« La section des récurrents annule la voix et produit »
» le serrement de la glotte, tandis que l'expérience faite »
» sur les nerfs laryngés supérieurs donne lieu à l'aphonie »
» avec dilatation de l'ouverture; c'est sans doute la différence de ces effets qui faisait dire à Magendie et à »
» Richerand que les récurrents se distribuaient aux dilateurs de la glotte et que les nerfs laryngés supérieurs »
» sont destinés aux muscles aryténoïdiens et aux cricothyroïdiens. Bichat, Boyer, Gavard n'admettent aucune »
» distinction entre les muscles qui reçoivent les filets »
» nerveux du laryngé supérieur et les muscles auxquels »
» sont destinées les ramifications des récurrents. »

Le grand physiologiste, Claude Bernard, a fait plus que Bichat, Magendie, Longet et autres. Il a non seulement sectionné le nerf spinal, il l'a aussi arraché à son origine. Et qu'a-t-il observé? L'aphonie complète et l'intégrité des mouvements respiratoires.

Or, nous savons tous que le spinal se distribue ou plutôt apporte la contractilité aux muscles intrinsèques du

larynx et non aux muscles extrinsèques (1). Nous savons encore que le nerf pneumo-gastrique, son voisin d'origine, tient sous sa dépendance la fonction respiratrice ou pulmonaire, et que la glotte, malgré l'absence de l'action du spinal, continue à s'élargir pour le passage de l'air inspiré et à se rétrécir pour celui de l'air expiré.

« Les animaux chez qui (*sic!*) on a coupé les nerfs spinaux (Robin et Littré, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 13^e édit. 1873), survivent indéfiniment et l'on n'a observé chez eux que l'*aphonie*; les autres phénomènes de la digestion, de la circulation et de la respiration qui sont sous l'influence motrice du pneumo-gastrique ne sont point paralysés et continuent de s'exécuter normalement.

» Le larynx constituant un appareil double destiné à la fois à la respiration et à la phonation, est influencé par deux ordres de nerfs distincts, savoir : le pneumo-gastrique qui préside aux *mouvements respiratoires involontaires* et le spinal qui préside aux *mouvements vocaux volontaires*. (*Id.*)

» Pendant le sommeil le larynx ne sert qu'à la respiration et ne fonctionne que sous l'influence du pneumo-gastrique. A l'état de veille, lors de l'acte de la phonation, l'influence du nerf spinal intervient pour agir sur le larynx. » (*Id.*)

Voyons ce que dit la clinique laryngée :

Nous avons observé, sur plusieurs hystériques dont la voix était perdue et dont la glotte restait entièrement libre, la persistance des oscillations des bords de la glotte; pendant l'inspiration et l'expiration l'orifice s'agrandissait et se rétrécissait alternativement. Lorsque ces oscillations manquent et que les bords de la glotte sont immobiles, il y a suppression de l'influence motrice du pneumo-gastrique et du spinal en même temps.

Nous avons retrouvé ces mouvements rythmiques chez

(1) Il faut excepter le pharyngien inférieur.

tion des muscles intrinsèques diastoliques (dilatateurs) pour obtenir cet élargissement.

Comme organe de l'appareil respirateur, le larynx est le siège d'un mouvement de totalité qui détermine sa descente et doit le faire considérer comme une dépendance de la trachée.

Quant à son ascension pendant l'expiration, elle est plus passive qu'active; le retour du conduit trachéal à sa position normale de repos suffit pour la produire.

(A suivre.)

LE VERTIGE NASAL (1)

Par le Dr JOAL, du Mont-Dore.

Ce travail a pour but d'établir que certains états vertigineux sont tributaires d'affections passagères ou permanentes des fosses nasales. Nous voulons montrer qu'à côté du vertige gastrique de Blondeau et Trousseau, du vertige laryngé de Charcot, du vertige utérin de Huchard, il y a lieu de réserver une place pour le vertige nasal.

Des différentes névroses nasales décrites dans ces derniers temps, deux ne nous paraissent pas avoir suffisamment attiré l'attention des auteurs, l'hypochondrie qui chez bien des malades, c'est notre conviction, se développe par le fait d'une lésion du nez, et le vertige. Nous allons nous occuper du vertige, nous réservant de faire ultérieurement l'étude de l'hypochondrie nasale.

Michel de Cologne a le premier signalé l'origine nasale de certains vertiges. Dans son traité des maladies des fosses nasales (1876), il écrit en étudiant les accidents causés par les attouchements de la pituitaire avec une sonde :

« Parfois il se produit même chez les individus les plus robustes, de la pâleur de la face, des vertiges et un état semi-syncopal. Souvent on observe de la toux. »

(1) Lu à la Société franç. de laryngol. et d'otol., séance du 15 avril 1887.

En 1883, Hack rapporte dans *Berliner med. Wochenschrift* quatre faits de vertige nasal dont deux parfaitement concluants.

En 1885, le professeur Massei, de Naples, fait sur ce sujet, une excellente leçon dans laquelle il résume parfaitement la question des réflexes nasaux; il cite l'observation d'un jeune homme qui a des accès vertigineux causés par un coryza chronique.

Enfin Hering et de Gennaro ont publié trois cas de vertige dû à l'hypertrophie de cornets ou à la présence de polypes muqueux.

Nous croyons donc utile de faire connaître les neuf observations suivantes inédites dont voici le résumé :

OBS I. — Dame, vingt-six ans, arthritique, asthmatique; hypertrophie du cornet inférieur droit et polypes muqueux. Crises vertigineuses; le contact de la sonde introduite dans la fosse nasale droite détermine un accès vertigineux qui dure quatre heures.

OBS. II. — Jeune homme de quinze ans, névropathe; père goutteux; à droite muqueuse du cornet inférieur, rouge et hypertrophiée. Vertiges; la douche naso-pharyngienne et une cautérisation de la pituitaire amènent des accès vertigineux.

OBS. III. — Homme, trente-six ans, arthritique; pituitaire enflammée dans sa totalité, hypertrophie notable, surtout au niveau du cornet inférieur gauche. Accès vertigineux assez fréquents qui disparaissent après des cautérisations au galvano-cautère.

OBS. IV. — Homme de trente-cinq ans, herpétique; père rhumatisant. Vertiges qui durent parfois deux ou trois jours, hypertrophie prononcée du cornet moyen gauche, traitement au galvano-cautère qui fait cesser les vertiges.

Les fluxions nasales, troubles essentiellement passagers et éphémères qui sont dus à des causes locales et directes ou bien éloignées et d'ordre réflexe, produisent assez souvent le vertige (odeurs, poussière, vapeurs, ou froid, ou encore excitations génitales, impression de froid à la surface du corps,

aux pieds, causes morales). Nous connaissons des faits où le vertige a été amené par l'odeur des foina au moment de la floraison, par le sulfate de carbone, par l'ammoniaque, par le tabac à priser.

Le coryza aigu détermine également les accidents vertigineux et nous en avons vu dernièrement un bel exemple avec notre cher maître le D^r Gagnan (de Clermont-Ferrand).

Le catarrhe chronique, surtout dans sa forme hypertrophique, est la cause la plus fréquente du vertige nasal ; presque tous les malades dont nous avons parlé présentaient à l'examen rhinoscopique une muqueuse nasale hypertrophiée ; le vertige peut se développer par le fait seul de la rhinite chronique, mais il est ordinairement provoqué par l'intervention de causes aiguës, passagères, qui viennent ajouter leur action génésique à celle de l'inflammation chronique (phénomènes aigus, se greffant sur l'état chronique, introduction d'un liquide médicamenteux dans les fosses nasales, contact d'une sonde métallique, cautérisations).

Les polypes muqueux jouent aussi un rôle dans l'étiologie du vertige, et nous pensons avec Voltolini que les réflexes coïncident surtout avec la présence des polypes petits et mobiles, tandis qu'une obstruction complète du nez par de volumineuses tumeurs ne détermine pas d'accidents nerveux. L'humidité de l'air atmosphérique peut favoriser le développement des vertiges dus aux polypes.

Enfin le catarrhe naso-pharyngien et les tumeurs adénoïdes peuvent être accompagnés de phénomènes vertigineux.

En somme, ce sont des affections nasales de peu de gravité qui servent de point de départ aux réflexes nerveux ; dans les faits que nous avons observés, il n'est pas question de syphilis de tuberculose nasale, d'ulcérations scrofuleuses, de tumeurs malignes, sarcome, carcinome et épithéliome. Lasèque avait fait la même remarque, à propos du vertige stomacal, et il disait que lorsque une vraie maladie gastrique succédait à un mauvais état de l'estomac, elle faisait cesser le vertige.

Ce n'est donc pas dans l'intensité de l'affection nasale qu'il faut rechercher la cause du vertige, mais bien dans une

extrême sensibilité de la muqueuse, et dans une certaine prédisposition individuelle, tenant au tempérament, à l'état diathésique des sujets; cette prédisposition, cette facilité des cellules cérébrales à être excitées et à amener les réflexes, nous la trouvons chez les personnes soumises à la diathèse arthritique. Nous avons déjà soutenu cette manière de voir dans notre travail sur les *rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez* et nous avons montré que l'arthritisme était un terrain éminemment favorable au développement des réflexes d'ordre nasal.

Le vertige nasal se montre de préférence chez les adultes, qui sont plus exposés que les enfants et les vieillards aux affections nasales et aux manifestations névropathiques de l'arthritisme.

Le vertige nasal n'a pas de caractères propres qui permettent de le différencier des autres.

Obs. V (D^r Ch. Fauvel). — Dame, vingt-deux ans, arthritique; pituitaire rouge, hypertrophiée, surtout au niveau du cornet inférieur droit où elle se met en contact avec la cloison; vertige produit par la sonde. Accès vertigineux, les crises cessent par un traitement nasal approprié.

Obs. VI (D^r Ch. Fauvel). — Dame, quarante-huit ans, arthritique sans ozène, anosmie, accès vertigineux, cornets inférieurs hypertrophiés et accolés à la cloison; les cautérisations au galvano-cautère débarrassent la malade de ses vertiges.

Obs. VII (D^r Ch. Fauvel). — Homme, trente ans, rhumatisant, accès vertigineux, muqueuse nasale gonflée du côté droit; à gauche hypertrophie notable du cornet moyen; en ce point la membrane est grisâtre et pendante au point de prendre l'aspect du polype muqueux: cessation de vertige par traitement nasal.

Obs. VIII (D^r Cadier). — Dame, quarante-sept ans, arthritique; accès asthmatique et crises vertigineuses, polypes muqueux; l'asthme et les vertiges s'arrêtent après une première ablation de polypes; puis les accidents reviennent avec la repullulation des polypes. Nouvelle opération. Guérison de la malade.

Obs. IX (D^r Ruault). — Jeune homme de quatorze ans, arthritique, rhinorrhée abondante, cornets inférieurs notablement hypertrophiés; le contact de la sonde de femme détermine du vertige, antérieurement accès vertigineux. Guérison des accidents par des applications de galvano-cautère.

Chez ces neuf malades, il n'y avait aucun trouble du côté de l'estomac, de l'oreille ayant déterminé le vertige. il faut donc conclure à l'existence du vertige nasal, surtout si l'on pense au précepte *naturam morborum ostendunt curationes*.

Ce vertige est d'ordre réflexe; il résulte de l'excitation des filets du trijumeau qui innervent la muqueuse pituitaire; cette excitation est transmise aux centres nerveux, en passant sur le ganglion de Meckel; il se produit soit dans le cervelet, soit dans l'encéphale, une anémie partielle, une contraction localisée des vasomoteurs, d'où les accidents vertigineux. L'irritation des filets du trijumeau est liée le plus souvent à une grande distance de la muqueuse, au gonflement des corps caverneux; elle peut tenir à une cause permanente ou passagère; enfin la cause excitante peut être locale ou éloignée, et dans ce dernier cas, c'est ce premier phénomène réflexe qui donne lieu à une seconde action réflexe.

A propos de localisations nasales, disons qu'à chacun des différents segments de la cloison et des cornets inférieurs et moyens a été successivement regardé par les auteurs comme étant le lien sensible, le point de départ des réflexes (John Mackensie, Longuet, Baratoux, Hack, Hering). Etant donnée la grande divergence qui existe entre les conclusions des expérimentateurs, nous pensons que les réflexes peuvent prendre naissance dans toutes les parties de la pituitaire. Du reste Jukerkandl a établi que le tissu caverneux se rencontre dans toute la muqueuse du nez à l'exception de la fissure olfactive.

Les altérations de la muqueuse pituitaire qui sont susceptibles d'amener l'excitation des filets du trijumeau et

par suite le vertige. sont : 1° les fluxions nasales ; 2° le coryza aigu, 3° la rhinite chronique, 4° les polypes muqueux, 5° le catarrhe naso-pharyngien, espèces vertigineuses. Il résulte cependant de nos observations que le vertige prend le plus souvent la forme giratoire. Les malades voient les objets tourner autour d'eux, ou bien ils se sentent emportés dans un mouvement circulaire. Lorsque l'individu est debout, ses jambes vacillent et fléchissent ; il éprouve un sentiment de défaillance et est obligé de s'asseoir ou de s'appuyer sur les objets environnants ; parfois même il y a chute. La face du malade devient subitement pâle ; elle est couverte de sueurs froides ; il y a une grande tendance syncopale, mais pas de perte de connaissance proprement dite ; chez quelques personnes, le pouls se ralentit.

Les phénomènes vertigineux peuvent être accompagnés d'autres troubles également d'origine nerveuse : céphalalgie, migraines, nausées, vomissements, accès asthmatiques, hypochondrie, cauchemars, salivation abondante.

Le vertige nasal a une durée assez variable ; il peut se montrer pendant quelques minutes seulement, mais aussi l'accès dure parfois plusieurs heures et plusieurs jours.

Les crises reviennent chaque jour ou sont espacées par des semaines, des mois, sans qu'il n'y ait rien de fixe dans leur apparition. L'accès commence à n'importe quel moment de la journée ; il semble toutefois que le vertige survient de préférence le matin au réveil, alors que les mucosités accumulées dans le nez pendant la nuit, augmentent les phénomènes de compression et d'irritation.

La connaissance du vertige nasal va, croyons-nous, faire diminuer sensiblement le nombre des cas de vertige stomacal, auriculaire et, surtout de vertige goutteux, rhumatismal, congestif, anémique, nerveux ; et, à propos de cette dernière espèce, nous pensons que la lecture de ce travail pourra modifier les idées généralement admises sur la *Névropathie de Krishaber*.

Krishaber indique comme symptômes de la sténose, le

vertige en premier lieu, puis la titubation, le sentiment de la perte de l'équilibre, les troubles de la vue, les mouches lumineuses, l'agitation nocturne, les cauchemars, une grande irritabilité nerveuse, l'hypochondrie, la paresse de l'esprit, l'hémicranie, les névralgies, les nausées, vomissements, la toux nerveuse, la dyspnée, l'aphonie, les syncopes, la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, tous symptômes que nous avons constatés chez nos malades.

Krishaber écrivait à propos du vertige stomacal :
» Sans mettre en doute que les troubles digestifs ne
» donnent lieu quelquefois à du vertige passager, j'affirme
» cependant qu'on a singulièrement abusé du diagnostic
» du vertige stomacal. » Nous retournons contre Krishaber ces critiques qu'il adressait à Trousseau, et nous ne doutons pas que s'il eût connu ou admis l'existence des vertiges, nasal, pharyngé, laryngé, il eût fondé de moins grandes espérances sur les destinées de sa névropathie cérébro-cardiaque. Dans les faits publiés par lui, il n'est fait aucune mention de l'état des muqueuses pituitaire, gutturale, vocale. La chose paraît changer, lorsqu'on pense que ce médecin était spécialiste des affections du nez, du pharynx et du larynx, et observait par suite des malades souffrant de ces derniers organes.

Le traitement du vertige nasal doit s'adresser à la maladie du nez qui lui donne naissance.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphonie hystérique, par le Dr GAREL.

L'idée de cette note a été inspirée à l'auteur par l'observation de quelques cas caractérisés par l'absence de lésions laryngées et dans lesquels il a rapidement obtenu la guérison par une gymnastique vocale bien dirigée.

Il s'occupe en premier de la *voix eunuchoïde*, rappelant

que chez les individus qui présentent cette particularité, le larynx est absolument normal dans la fonction respiratoire, mais lors de l'émission des sons les cordes vocales ne peuvent prendre la position normale de la voix de poitrine, mais se rapprochent de celle de la voix de tête. Dans les cas de ce genre, le traitement par la gymnastique vocale est infail-
lible; tout individu qui y est soumis guérit facilement. La gymnastique vocale peut être pratiquée de plusieurs manières. M. Garel a adopté la méthode décrite par Fournié, en 1880, au congrès de Milan. La voici résumée en quelques mots :

1^o Faire respirer méthodiquement la bouche ouverte aussi profondément que possible. Faire succéder à cette respiration lente, silencieuse, une respiration tout aussi lente mais sonore pendant l'expiration. Ce son doit être produit sans contraction laryngienne appréciable.

2^o Lorsqu'on a obtenu l'expiration sonore dans les trois cas, on fait prononcer un mot, syllabe par syllabe, par un mouvement expiratoire avec le même mouvement sonore cité plus haut. On fait ensuite lire dans les mêmes conditions. Le malade s'exerce ensuite plusieurs fois par jour à la lecture. Pendant tout le traitement, le malade doit s'abstenir de parler avec sa voix eunuchoïde, son parler doit être syllabique et dans tous les cas comme pour la lecture.

D'après Fournié, il faut quinze ou vingt jours pour faire perdre au malade l'habitude de la voix eunuchoïde. Dans les cas traités par M. Garel, la guérison a été obtenue beaucoup plus rapidement. Le premier malade fut guéri en vingt-quatre heures, le second mit huit jours à se débarrasser de sa voix de fausset, le troisième fut guéri en trois jours.

Il est des cas d'aphonie hystérique dans lesquels la faradisation ne donne aucun résultat. Dans les cas de ce genre, la méthode de Fournié légèrement modifiée permet d'obtenir la guérison. M. Garel conseille au malade de faire des expirations forcées à la manière d'un soupir, puis il l'engage à rendre si c'est possible, cette expiration sonore en bas. C'est là le point délicat à obtenir. Une fois cet obstacle franchi la guérison est assurée.

Pour obtenir l'expiration sonore, vers la fin de l'expiration il exerce brusquement d'une main une pression sur l'épigastre, l'autre main faisant contre-appui sur le dos, au point diamétralement opposé. Grâce à cette manœuvre, l'expiration brusquement forcée devient sonore. C'est alors le moment d'engager énergiquement le malade à reprendre volontairement le son produit d'une façon involontaire. Le résultat est rapidement acquis. On fait ensuite prononcer successivement une série de voyelles pendant une série d'expirations forcées. Graduellement, le malade recouvre ainsi sa voix. L'auteur cite à l'appui quatre observations dans lesquelles la guérison qu'on n'avait pu obtenir par la faradisation extra et intra-laryngée, survint rapidement par le traitement indiqué ci-dessus. (Extrait de la *Province médicale*, 1887.)

D^r J. CH.

Etude sur la physiologie de la respiration des chanteurs,
par M. Anatole PILTAN.

Les tracés qu'a pris M. Piltan lui ont permis de constater que la qualité de la voix était inhérente au type expiratoire adopté par le sujet.

1^o Le diaphragme peut rester immobile ou se relever en subissant, par l'intermédiaire des viscères, le mouvement de contraction des muscles abdominaux; 2^o agir comme muscle inspirateur.

Dans le premier cas, les viscères abdominaux ne subissent aucune compression. La voix manque d'ampleur et d'intensité. Il faut, pour obtenir une action expiratrice plus forte, que les viscères comprimés, soulèvent la voûte du diaphragme.

Deux inconvénients résultent de ce type expiratoire : 1^o il détermine une énorme pression sous-glottique, qui a pour conséquence de laisser échapper à travers la glotte de l'air non employé à l'émission du son; 2^o il provoque l'élévation du larynx, la contraction du pharynx et occasionne ainsi l'étranglement du son.

Dans le second cas, le diaphragme en continuant à se contracter établit un équilibre entre les forces expiratrices e

inspiratrices, dont la résultante a pour effet de ne débiter que peu d'air, d'une façon égale et sous une très faible pression.

En comparant à celle d'un orgue la pression sous-glottique, M. Piltan est arrivé aux conclusions suivantes : 1^o La pression sous-glottique, dans des conditions normales, ne doit pas égaler celle de l'orgue et ne doit pas atteindre 0^m,01 de mercure ; 2^o la plus grande hauteur des sons ne doit pas être obtenue par un plus grand appel de souffle, et c'est ce qui explique la possibilité qu'ont tous les bons chanteurs de chanter longtemps sans effort apparent et sans fatigue.

Une belle voix serait le résultat d'un équilibre parfait entre une faible pression d'air sous-glottique, et la tension passive des cordes vocales au moment de l'expiration. (Note adressée à l'Académie des Sciences et *Union Méd.*, 27 novembre 1886.)

M. N.

Contribution expérimentale à la physiologie du nerf laryngien supérieur (*Contributo sperimentale alla fisiologia del nervo laringeo superiore*), par le Dr O. BARBACHI.

L'A. fait remarquer d'avance, que ses expériences ne peuvent pas avoir la prétention de contrôler les résultats obtenus par Exner, lesquels sont en contradiction avec les idées, généralement acceptées, de Longet. Il ne se croit pas non plus autorisé à tirer des conclusions générales. Les résultats des expériences (9) pratiquées par l'A. sur des chiens dans le laboratoire du professeur Vulpian, sont les suivants :

Expérience première. Confirmerait à peu près la théorie, selon laquelle des fibres motrices partent du nerf laryngien supérieur et se rendent au muscle crico-thyroïdien.

Expériences 2, 3, 4, 5 et 6, tendent à démontrer que la section du laryngien supérieur, ne provoque, même après 10, 15, 18 jours, aucune lésion de dégénérescence dans les fibres du crico-thyroïdien, si ce n'est que ces dernières deviennent plus pâles.

Les expériences 7, 8 et 9 révèlent que, même les filets nerveux de tous les muscles du côté opéré ne présentent pas

de dégénérescence ; cependant il y a une exception à faire pour certaines fibres du filet nerveux, se rendant au crico-thyroïdien. Néanmoins, dit l'A., toutes les fois que l'on excise le laryngien supérieur, on voit que le crico-thyroïdien se contracte très fortement, ce qui donnerait lieu à la supposition que l'influence trophique de ce muscle ne provient pas de son nerf moteur, et que le laryngien médian, en dehors de la fonction sensitive reconnue même par Exner, joue aussi le rôle de nerf trophique, dont l'action retentit sur les fibres du muscle crico-thyroïdien (*Gazzetta degli ospitali*, an. VIII, n° 24 et suite, Milan 1887.) D^r F. CARDONE.

Paralysie et crises laryngées : contribution au diagnostic de l'ataxie locomotrice initiale (*Paralisi e crisi laryngee come contributo alla diagnosi dell'inizio dell'ataxia locomotrice*), par M. le D^r F. FELICI.

A propos d'un cas de crises laryngées, chez une femme atteinte de tabes, l'A. rapporte les faits cliniques généraux et laryngoscopiques, et en arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans l'ataxie locomotrice peuvent survenir, non seulement des crises laryngées, mais aussi des paralysies ou bien les deux en même temps.

• 2° Il se pourrait que beaucoup des prétendus troubles hystériques fussent rattachés aux désordres tabétiques, si l'on suivait de près la marche de l'affection.

3° Lorsque dans une paralysie unilatérale ou bilatérale des abducteurs des cordes vocales, l'on ne rencontre aucune cause appréciable de la lésion, il faut étudier soigneusement la marche de l'affection par rapport aux symptômes initiaux de l'ataxie, et tâcher de surprendre ces derniers au moment de leur apparition.

4° Les avantages apportés par les applications topiques de chlorhydrate de cocaïne et par l'emploi du bromure de potassium démontreraient qu'il y a du vrai dans l'opinion de Charcot, d'après laquelle les crises laryngées seraient dues à une hyperesthésie de la muqueuse laryngée et des centres nerveux. (*Archivii Italiani di laringologia*, an. VII, n° 2, Naples, avril 1887).

D^r F. C.

Hydrocéphalie et spasme glottique (*Idrocefalo e spasmo de la glottide*), par M. le professeur F. FEDE.

C'est une leçon clinique, dont le sujet, un enfant à la mamelle, rachitique et syphilitique, atteint d'hydrocéphalie accompagnée de spasme glottique, a été guéri par les frictions mercurielles, l'hygiène, etc. (*Il Morgagni*, Naples, nov. et décemb. 1887.)

Dr F. C.

Sur les centres respiratoires de la moelle épinière,

par M. E. WERTHEIMER.

Les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur après avoir expérimenté sur trente chiens, sont qu'il existe dans la moelle des centres nerveux dont les uns président à l'inspiration et les autres à l'expiration.

Le retour de la respiration spontanée, même pendant l'insufflation pulmonaire, montre que la moelle abandonnée à elle-même envoie aux muscles expiratoires des impulsions rythmiques sans avoir besoin d'y être sollicitée par un excitant quelconque. On voit de plus par les caractères que prennent les mouvements respiratoires quand le bulbe n'exerce plus son influence, que celui-ci sert aux centres médullaires de modérateur et de régulateur, et joue un rôle identique dans la circulation et la respiration. (*France médicale*, 16 mars 1886, n° 31.)

M. N.

Divulsion instrumentale des cordes vocales dans un cas de laryngo-sténose (*Sulla divulsione instrumentale delle corde vocali in un caso di laringostenosi*), par M. le prof. LORETA.

Il s'agissait d'un homme atteint de sclérose des cordes vocales, à la suite d'ulcérations syphilitiques. L'auteur, pour parer aux fréquents accès de laryngospasme et sans attendre les effets du traitement antisiphilitique déjà employé, pratiqua la crico-thyrotomie et l'arrachement des cordes, en introduisant pour faire la section le dilatateur à deux branches, employé dans les kystotomies. Il appliqua ensuite la canule à trachéotomie.

Après l'opération, le cornage s'arrêta et la respiration

fut tranquille. Au troisième jour, il enleva la canule, et introduisit de bas en haut un gros cathéter élastique qu'il fit sortir par la glotte. Cette manœuvre fut répétée chaque jour avec des cathéters de plus en plus gros, pendant les douze jours qui suivirent l'opération; après quoi, on enleva définitivement la canule.

Le timbre de la voix s'améliora graduellement jusqu'à redevenir normal. (*Racc. med.*, décembre 1886.)

D^r CARDONE.

Signes objectifs des trois grandes laryngopathies :
tuberculose, syphilis et cancer du larynx,
par le D^r ARIZA.

Voici ce qu'a dit, sur ce sujet, le D^r Ariza, dans une conférence faite à l'Institut de thérapeutique opératoire de Madrid, sur la valeur thérapeutique de la trachéotomie :

Tuberculose. — La tuméfaction a spécialement pour siège les aryténoïdes, l'épiglotte, et la région inter-aryténoïdienne, mais elle se voit aussi sur les cordes supérieures et inférieures, où elle produit la sténose glottique. La coloration de ces parties tuméfiées est pâle sur le sommet des aryténoïdes et sur l'épiglotte, tant qu'il n'y a pas d'ulcération; dans les régions intercalaires, elle est rosée; sur les cordes supérieures, de couleur sombre. Les cordes inférieures sont d'un gris sale, et injectées irrégulièrement. Je n'ai jamais trouvé d'ulcération tuberculeuse sur les sommets des aryténoïdes, mais bien à leur base, à l'insertion des cordes vocales, où quelquefois on trouve des ulcérations profondes. Ailleurs, elles sont d'ordinaire petites et superficielles. Ces ulcérations donnent naissance à des végétations, des excroissances, principalement à la région inter-aryténoïdienne, sur les bandes ventriculaires et aussi sur les cordes vocales, où elles alternent avec des dépressions qui donnent aux bords libres l'aspect serratique.

De plus, les lésions sont bilatérales et symétriques.

Syphilis. — La syphilis tertiaire du larynx se présente sous deux formes : la forme gommeuse et la forme inflammatoire ou ulcéreuse. La gomme peut être nodulaire ou en nappe. Le nodule gommeux a une dimension qui varie de celle d'un

grain de mil à celle d'une noisette; il est surélevé, arrondi, et circonscrit. La gomme en nappe est plus plate, plus étendue, à surface quelquefois ondulée et semble comme encastrée dans les tissus sains. La coloration des gommcs est jaunâtre, rosée, quelquefois rouge. Les deux formes s'ulcèrent, donnant lieu à une perte de substance profonde, caverneuse, et plus vaste au milieu des tissus qu'à son ouverture à la surface. Les ulcérations syphilitiques tertiaires sont de véritables lupus qui détruisent les tissus, et sont susceptibles de se cicatriscr d'un côté pendant qu'elles s'étendent d'un autre. De ce côté, les bords sont à pic et hypertrophiés. D'ordinaire, l'ulcération est étendue, le pus la rend de couleur jaunâtre, et il est impossible de la déterger. Les parties qui l'entourent sont de couleur rouge intense, les bords sont tuméfiés, et le tissu œdémateux du côté où l'ulcération s'étend. En général, il n'y en a qu'une seule, ou au plus il y en a deux la seconde plus petite, avec les mêmes caractères. Son siège de prédilection est l'épiglotte, ou les parties latérales du vestibule. Le caractère qui la différencie le mieux des autres processus destructifs est la facilité avec laquelle elle se cicatrisc. En effet, le cancer ne se cicatrisc jamais; et celles que peut présenter parfois la tuberculose sont petites et invisibles. Les cicatrices syphilitiques, soit des gommcs, soit du lupus, peuvent donner naissance à des excroissances ou condylômes qui se différencient de ceux des ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses par leur couleur rouge, leur surface lisse et uniforme. Les lésions sont quelquefois bilatérales, mais elles se distinguent de celles de la tuberculose par l'absence de symétrie et par leurs caractères particuliers.

Cancer. — Il a d'abord l'aspect d'un bouton, d'une excroissance mamelonnée, ordinairement rouge sombre et plus foncé au point culminant, rarement pâle. Toujours unilatéral, il gagne de proche en proche, par continuité de tissu. On ne le voit envahir le côté du larynx opposé à celui où il est né, que lorsqu'il a dépassé la ligne médiane. Bien que parfois le néoplasme envahisse ainsi tout le larynx, il n'y a jamais qu'un foyer primitif.

L'ulcération débute par le point culminant. Elle est sanieuse, sanguinolente, saigne spontanément ou au moindre contact. Elle s'étend peu à peu, et lorsqu'elle a pris de l'extension, elle s'encave en certains points, végète dans d'autres, et ses bords se renversent. Sa coloration varie, elle est par places sanieuse, foncée, déchiquetée. Le cancer est de toutes les laryngopathies celle qui déforme le plus la glotte; en aucun cas, on ne trouve une obliquité aussi prononcée de l'orifice glottique.

R. DE LA SOTA.

Considérations critiques sur une nouvelle variété de laryngite désignée en Allemagne sous le nom de « laryngite hypoglottique de Ziemssen », par le Dr C. LEROY.

Ziemssen désigne sous le nom de laryngite hypoglottique aiguë grave une laryngite simple présentant des symptômes qui atteignent rapidement une intensité très grande. C'est l'affection décrite par Burrow sous le nom de *chorditis vocalis inferior* (Langenbeck, *Arch. für Chirurgie*, Band XVIII, 1875). L'inflammation aiguë est limitée à la région hypoglottique. Elle est caractérisée par des phénomènes de dyspnée qui rappellent, surtout chez les enfants, les crises de suffocation du croup. Cette laryngite n'a qu'une gravité passagère; tout le danger réside dans les phénomènes de suffocation qui la caractérisent.

Ce n'est pas une affection spécifique, toutes les causes de refroidissement peuvent la produire. Elle peut aussi se montrer comme maladie secondaire, dans le cours de certaines maladies infectieuses, mais surtout dans le cours de la tuberculose.

Dans les cas bénins l'affection est sans doute produite par une légère infiltration du tissu cellulaire; dans les cas graves, il s'agit d'un véritable œdème de la muqueuse sous-glottique. Suivant l'intensité plus ou moins grande des phénomènes inflammatoires, on peut voir : 1° ou la dyspepsie diminuer et tout rentrer progressivement dans l'ordre; 2° ou au contraire l'évolution anatomique continuer, l'œdème dur spécifique s'établir et plus tard des ulcérations à contours cerclés se

montrer et amener à leur suite de la nécrose de l'organe (*Connaiss. méd.*, n^{os} 21 et 22, 27 mai, 3 juin 1886.)

Dr J. CH.

Rétraction cicatricielle des ligaments aryténo-épiglottiques.

— **Larynx à six cordes et fausse glotte supplémentaire**, par le Dr J. GAREL.

Le 4 décembre 1885, V..., âgé de trente-sept ans, atteint de troubles bizarres de la voix, présente à l'examen laryngoscopique l'état suivant :

On aperçoit, dans le miroir, une fente glottique triangulaire, pouvant s'effacer pour prendre la forme linéaire dans les efforts de phonation. Cette glotte est située sur un plan allant du bord inférieur de l'épiglotte, au sommet des aryténoïdes. Elle est formée par le rapprochement des deux ligaments ary-épiglottiques qui se sont soudés en avant sur la ligne médiane tandis qu'ils ont conservé en arrière leurs attaches aux deux éminences aryténoïdes. Celles-ci ayant conservé la plus grande partie de leurs mouvements, il en résulte que cette glotte supplémentaire présente la forme et la direction de la véritable glotte située plus bas. Cette glotte anormale n'est pas d'une régularité parfaite, car elle s'ouvre un peu plus du côté droit. La véritable glotte est aperçue pendant les mouvements respiratoires. Les cordes vocales sont intactes. La droite est plus visible que la gauche. On ne peut apercevoir les bandes ventriculaires.

La voix du malade est fort régulière. Dans les tons ordinaires du médium, elle a un caractère sombre, à tonalités élevées ; c'est une sorte de voix de polichinelle, un peu sourde, imitant la voix d'un homme parlant dans une cave, à la façon des ventriloques. Elle a un timbre nasal. Dans le fausset, elle est pure, flûtée, à timbre tout à fait enfantin. Ce malade chante encore avec son timbre spécial, mais il ne peut plus faire les tyroliennes comme avant le début de sa maladie. Il nie la syphilis et n'en présente aucune trace. Variole, blennorrhagie simple en 1870.

La maladie de gorge qui l'a laissé dans cet état remonte à

1880. Il a eu à cette époque une violente inflammation des amygdales, douleur vive à la déglutition. Le médecin qui le traita par des cautérisations, probablement au nitrate d'argent, ne parla pas de syphilis. En somme, il est difficile d'établir à quelle affection on a eu affaire. Le malade n'étant pas gêné par cet état du larynx, il n'a été institué aucun traitement.

D^r J. CHARAZAC.

Un cas d'emphysème généralisé consécutif à une laryngite striduleuse, par le D^r CADET DE GASSICOURT.

L'emphysème généralisé est, d'après Roger, un emphysème *triple*, commençant dans les poumons, traversant le tissu cellulaire du médiastin, et arrivant enfin dans le tissu cellulaire de la périphérie cutanée. Deux conditions sont nécessaires pour produire l'emphysème : 1^o une lésion du poumon altéré dans sa consistance normale ; 2^o une série de violents efforts.

Or, dans les observations fournies par les différents auteurs, et si surprenant que cela puisse paraître, on ne trouve cité aucun cas de laryngite striduleuse comme cause productrice de l'emphysème ; c'est pourquoi le cas qu'il a eu l'occasion d'observer paraît d'autant plus intéressant à M. Cadet de Gassicourt. Il s'agit d'une jeune fille de cinq ans, qui, après avoir présenté tous les symptômes de la laryngite striduleuse, fut le lendemain en proie à une dyspnée si intense, qu'on put un instant redouter un croup. Le surlendemain le danger devenait moins pressant et, les symptômes rétrocedant, on reconnaissait qu'on avait réellement affaire à une laryngite striduleuse. Le troisième jour apparaissait au devant du cou, un emphysème qui s'étendait en même temps aux deux tiers supérieurs de la face antérieure du thorax, où il provoquait un soulèvement considérable de la peau avec crépitation fine à la pression.

Des râles sous-crépitants ayant été constatés aux deux bras et en arrière, l'auteur voit là une lésion pulmonaire à laquelle il n'hésite pas à rattacher l'emphysème survenu sous l'action des efforts spasmodiques répétés. Au lieu de se généraliser suivant les règles ordinaires, l'emphysème est

resté chez la petite malade en question absolument localisé au cou et à la face antérieure de la poitrine. Son évolution ascendante n'a duré que quelques heures, au lieu de quarante-huit ou soixante-douze heures, comme cela a lieu dans la plupart des cas : mais en revanche, il a mis treize jours à disparaître, alors qu'on le voit quelquefois s'effacer au bout de huit ou neuf jours.

Le pronostic dépend presque exclusivement de la gravité plus ou moins grande de l'affection antérieure des voies respiratoires. (Rev. mens. des mal. de l'enf., fév. 1887.)

M. N.

Le tubage du larynx (*Die Tubage des Larynx*),
par le professeur Carl STÖRK, de Vienne.

Après avoir rappelé que c'est Bouchat le premier qui, en 1858 imagina le tubage du larynx pour permettre l'expulsion des fausses membranes dans les cas de croup avec menaces d'asphyxie, l'auteur rapporte les tentatives faites par O'Dwyer dans le même sens, et le soin qu'il a mis à améliorer l'appareil instrumental. Il pense cependant que le chirurgien américain n'a pas atteint complètement son but, et qu'en outre des instruments qu'il préconise, il en est d'autres plus simples qui, au cas échéant, pourraient être mis entre les mains de tous les praticiens pour effectuer sûrement et avec rapidité le tubage du larynx. Parmi ces instruments, des tenettes ordinaires recourbées lui paraissent être ce qu'il y a de meilleur pour servir à l'introduction du tube.

Mais l'auteur recommande surtout une pince dont il est l'inventeur. A cette pince dont il donne le dessin dans son article, vient se surajouter une tige mobile reliée à chacune des deux branches par une articulation transversale. Or, si l'on vient à ouvrir ou à fermer les branches, la tige suit le mouvement, et s'abaisse ou s'élève en conséquence.

Cette tige, dans sa partie comprise entre les mors de la pince, comprend une série de trois articulations servant à faire descendre ou au contraire à relever un obturateur percé de trous, et en forme de poire, qui se trouve à l'extrémité de la pince. Alors,

quand le tube est saisi entre les branches de la pince, la tige s'allonge, et l'abturateur s'appuie sur l'extrémité inférieure de ce tube. Vient-on à lâcher le tube après l'avoir porté dans le larynx, il se met en place, et l'obturateur peut être retiré. M. Stærk prétend, depuis qu'il se sert de cet instrument, en avoir obtenu d'excellents résultats; aussi en recommande-t-il vivement l'emploi. Des expériences qu'il a faites, il résulte qu'il n'y aurait guère de différences pour l'introduction du tube, qu'il s'agisse de larynx grands ou petits. (*Wiener mediz. Presse*, n° 12, 20 mars 1887.) M. NATIER.

De l'alcool éthylique, de l'aluminium acéto-tartrique, etc., dans les maladies de la muqueuse du nez, de la cavité naso-pharyngienne et laryngienne : contribution (*Dell'alcool etilico nelle malattie della mucosa nasale, ecc, ecc.*), par M. COZZOLINO.

D'après l'A..., l'alcool rectifié, additionné ou absolu, selon les circonstances, donne des résultats admirables dans les formes les plus diverses d'hypertrophie et d'hyperplasie de la muqueuse nasale, et surtout des rebords des cornets, et dans les cas fréquents de dégénérescence muqueuse et colloïde de ces derniers. Mêmes résultats auraient été obtenus dans les tuméfactions chroniques (mais catarrhales) de la muqueuse du pharynx, du vestibule du larynx et des cordes vocales, même dans les cas où il y avait des papillomes et des myxomes, ou bien des traces de ces derniers. Enfin, il rapporte aussi avoir employé l'alcool comme traitement expérimental dans un cas de végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne. On pourrait en induire que l'alcool qui possède une réaction déshydratante très marquée et qui est, en même temps, un stimulant, fait contracter les parois vasculaires, et trouve de la sorte son indication dans certaines affections de la muqueuse des premières voies aériennes. En effet, les cornets sont des corps hygrométriques par excellence, de même que certaines productions en voie de dégénérescence, les myxomes, ou bien encore les végétations adénoïdes.

L'aluminium acéto-tartrique et l'aluminium acéto-glicérato-

tartrique ont une très remarquable action anti-catarrhale, anti-sécrétoire et antiseptique sur la muqueuse nasale avec inflammation chronique.

L'iodol peut, lorsqu'il s'agit d'applications topiques, remplacer l'iodoforme, quoiqu'il soit moins actif. (*Archivii Italiani di laringologia*, an VII, n° 2, Naples, avril 1887.)

D^r F. CARDONE.

Observation de trachéocèle, par G. DAREMBERG et A. VERNEUIL.

Un homme de soixante-treize ans, de bonne constitution, n'ayant pour tous antécédents qu'une toux sèche, quinteuse, sans expectoration, avec deux crises d'étouffement intense, l'une il y a trente-cinq ans, l'autre quatre ans plus tard, consulta les auteurs de cette observation pour un cornage très fort, survenu treize mois auparavant et s'accompagnant d'oppressions qui revenaient par accès sans cause appréciable. Trois mois après le début des accidents, le malade présentait à la partie latérale gauche du cou, une petite tumeur, déviant légèrement la trachée, semblant la comprimer, paraissant se prolonger derrière la clavicule, et qu'on localisa dans le lobe correspondant du corps thyroïde. A l'examen laryngoscopique, les cordes vocales paraissent saines et mobiles. De la teinture d'iode est prescrite, et l'état général paraît s'améliorer, en même temps que diminue la tumeur. Un an après la petite tumeur, de la forme et du volume du doigt, augmentait au moment des accès de toux et disparaissait ensuite. A cette époque, la corde vocale droite est immobile. M. Daremberg, au moment où il le voit pour la première fois, au commencement de novembre 1885, constate un état général assez bon, avec cornage continu, très prononcé. L'expectoration ne renferme ni pus ni sang. Le cou est augmenté dans son volume total, mobilité normale du larynx; déviation légère de la trachée à droite, submatite à droite, gêne de la déglutition depuis un an, souvent les boissons chaudes déterminent des quintes de toux avec rejet par les fosses nasales. Quant à la tumeur, elle offre actuellement la forme et le volume d'un citron; elle apparaît

brusquement, disparaît de même, et sans occasionner autre chose qu'un peu de gêne. A droite, on a aussi vu un jour se montrer une saillie semblable, mais beaucoup plus petite et semblant être une dépendance de la première. Sous l'influence du traitement institué par M. Daremberg, les phénomènes s'amendèrent et au mois de décembre, l'état général était satisfaisant et la respiration plus facile.

Cherchant à déterminer la nature de cette tumeur et rejetant l'hypothèse d'un goître du lobe gauche du corps thyroïde, MM. Daremberg et Verneuil, s'arrêtèrent au diagnostic de trachéocèle. Selon eux, à la suite d'une perforation de la paroi postérieure de la trachée, il s'est développé une sorte de sac entre la trachée et l'œsophage et qui a fait hernie entre les deux conduits. Au début, l'orifice très étroit du sac, l'empêchait de vider facilement son contenu, et c'est pourquoi on observait à la suite de la compression ce formidable accès de suffocation de la période initiale.

Le pronostic est grave, le malade pouvant mourir d'un instant à l'autre dans un accès de suffocation. L'affection dans le cas particulier pouvant être considérée comme le résultat consécutif d'un rétrécissement trachéal, le seul moyen de parer aux éventualités de la suffocation, c'est la trachéotomie qui devrait être faite au thermocautère, suivant le procédé de Vicq d'Azir. (*Revue de Chirurgie*, 10 mai 1886.)

M. NATIER.

Trachéocèle traumatique, par M. le Dr Fernand GIRAUD, chef de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Une femme de quarante-un ans, entre à l'hôpital avec une plaie transversale du cou intéressant à la fois la peau, le sterno-mastoïdien et les scalènes, ainsi que la jugulaire externe. Au bout de dix jours, tous accidents ont disparu et il ne reste plus qu'une plaie cutanée. A cette époque, on voit apparaître chez la malade, à la suite des accès de toux provoqués par une bronchite, une tumeur molle, facilement extensible et réductible, disparaissant avec la toux et se reproduisant avec elle. Cette tumeur est située sur le côté

gauche du cou, juste au-dessus de la cicatrice ; elle a la grosseur d'une orange, ne présente ni sonorité, ni crépitation ; peau normale. Au bout de quinze jours le volume de la tumeur commence à diminuer et cette diminution est considérable à la sortie de la malade.

M. Giraud, après avoir relaté cette observation, passe à la discussion pathogénique du trachéocèle ; dans le cas particulier, il est évident, pour lui, qu'il s'agit d'une tumeur traumatique due à une blessure de la trachée d'abord cicatrisée et s'étant ensuite rompue sous l'influence des efforts de toux. Comme traitement, il préconise l'expectation (*Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1887, n° 1).

M. N.

Extirpation du larynx, par le D^r D. HAYES AGNEW.

L'auteur a extirpé le larynx à un homme de cinquante-huit ans qui, en octobre dernier, fut pris subitement de douleurs dans la région laryngienne avec difficultés de la respiration et troubles de la voix ; ces symptômes augmentèrent rapidement et l'examen laryngoscopique montra que l'obstruction était due à un sarcome du larynx. Vu la nature de la tumeur et son apparence localisée, on décida de tenter son extirpation.

Le malade étant anesthésié avec l'éther, on fit sur la ligne médiane une incision partant du menton et s'étendant à trois centimètres au-dessus du sternum. Tous les tissus situés sur la ligne médiane furent incisés jusqu'au larynx et la trachée, et séparés de cet organe avec le manche du bistouri ; les bords de la plaie étant fixés, la trachée fut ensuite séparée de l'œsophage, une sonde cannelée introduite entre ces deux conduits et la trachée sectionnée avec un bistouri boutonné. L'anesthésie fut alors continuée au moyen d'une canule introduite dans la trachée et en communication par un tube de caoutchouc avec un entonnoir recouvert d'un linge sur lequel on versa l'éther.

Le larynx fut ensuite séparé des muscles et tissus environnants, toujours avec le manche du bistouri, puis relevé afin de pouvoir le détacher complètement en suivant l'angle

rentrant des cartilages. L'œsophage était envahi par le cancer et six centimètres de ce conduit durent être réséqués. On introduisit un tube stomacal et une canule qu'on laissa en permanence, puis la plaie fut en partie suturée. L'opération avait duré deux heures et vingt-cinq minutes.

Le malade se trouva parfaitement bien les trois premiers jours qui suivirent l'opération, mais le quatrième au matin, sa respiration devint de plus en plus faible et il mourut presque subitement. L'autopsie ayant été refusée par la famille, la cause certaine de la mort reste inconnue. (*Sem. méd.*, 9 mars 1887.)

Polype de la trachée, par le Dr LANGLET.

M. Langlet présente la trachée d'un de ses malades; on y voit implanté un polype. L'examen laryngoscopique n'avait été d'aucune utilité; il est probable que les chances de guérison n'eussent été en rien modifiées par une opération.

L'auteur nous paraît bien affirmatif dans ses conclusions; car d'une part, la trachée est légèrement visible pendant l'examen laryngoscopique. De plus, les cas de polypes trachéaux opérés par les voies naturelles existent, et dans tous les cas, il est permis de se demander si la trachéotomie n'eût pas sauvé la vie du malade et permis d'intervenir ensuite. (*Société médicale de Reims*, séance du 27 octobre 1886; *Union méd. et sc. du N.-E.* n° 2. 15 février 1887.)

M. NATIER.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Cinq cas d'artères volumineuses visibles à l'œil nu et pulsátiles de la paroi postérieure du pharynx, avec remarques, par le Dr John W. FARLOW, de Boston.

Voici le résumé de ces cinq observations :

1^{er} cas.— E. N..., fillette de treize ans. Catarrhe nasal. Adénopathie cervicale et pharyngite atrophique. Sur la paroi postérieure, on voit deux vaisseaux très volumineux pulsátiles à environ 6 à 7 millimètres en dedans des piliers postérieurs. Au toucher, ils donnaient l'impression d'une artère

aussi considérable que la radiale. Ils étaient situés immédiatement au-dessous de la muqueuse.

2^{me} cas. — Mary C..., dix-huit ans. Catarrhe nasal et rhinite atrophique présente sur la paroi postérieure du pharynx et à gauche, un vaisseau volumineux comme les précédents. Il n'en existait pas à droite.

3^{me} cas. — Femme de vingt-cinq ans; absolument semblable au premier.

4^{me} cas. — Observé par les D^{rs} Knight et F. H. Hooper. Le gros vaisseau situé sur la paroi postérieure du pharynx se trouvait, d'après le Dr Hooper, entre la luette et les piliers postérieurs.

Tous ces cas ont été observés chez des filles atteintes à des degrés très marqués de rhinite atrophique.

L'auteur pense que ces vaisseaux étaient les pharyngiennes ascendantes en raison de leur situation au niveau du constricteur supérieur et de leur direction verticale. L'atrophie de la muqueuse permettait de constater aisément les pulsations artérielles. Les cas de ce genre sont très rares, mais on comprend l'importance de cette condition anatomique lorsqu'il s'agit, par exemple, d'ouvrir un abcès rétro-pharyngien. L'auteur termine par la relation d'un cinquième cas chez une fillette de quatre ans. Sur la paroi postérieure du pharynx du côté droit, se trouvait un vaisseau volumineux et pulsatile comme dans les autres cas. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, février 1887.)

Dr J. CH.

Fissure complète de la voûte palatine et absence du voile du palais chez deux jeunes veaux, par le Dr Ch. Monot.

La première observation a trait à un jeune veau qui rejeta du lait par les narines dès qu'il commença à téter. Au bout de cinq semaines, on put constater nettement l'absence du voile du palais et l'existence d'une division longitudinale de toute la voûte palatine. La bouche, les fosses nasales et le pharynx étaient confondus en une seule cavité. La fissure palatine représentait une longue ouverture irrégulièrement elliptique et mesurant environ quatre centimètres de longueur au

niveau du bord antérieur de la première molaire. Les parties latérales de la voûte palatine se réunissent seulement en bas. M. Morot décrit très soigneusement les anomalies présentées par les parties molles, et passant ensuite à l'examen des os de la région palatine, il signale les particularités offerte par l'apophyse palatine des deux os palatins par la face nasale du palatin et du maxillaire supérieur par l'os intermaxillaire.

Dans la deuxième observation, il s'agit encore d'un veau de cinq semaines et chez lequel existait une absence du voile avec fissure longitudinale de toute la voûte palatine. La bouche et les cavités nasales communiquaient largement. L'alimentation au début très pénible était devenue ensuite plus facile. Les anomalies offraient une analogie à peu près complète avec celles du cas précédent. (*Journal des Con. méd.*, n° 8, 24 février 1887).

M. N.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine,
par le Dr Victor ODENT (1).

Après avoir, dans un premier chapitre, fait l'historique de la question, l'auteur fait l'étude des productions pseudo-membraneuses pharyngiennes de nature diphtérique au cours de la scarlatine. Il rappelle que c'est après la disparition de l'exanthème, et lorsque la défervescence s'est produite, que l'on voit apparaître les signes de l'infection diphtérique. On peut encore dans une autre variété, voir l'angine apparaître, pendant la convalescence de la scarlatine. — La diphtérie a toujours lieu par contagion ; elle trouve dans le pharynx du fait de la scarlatine une lésion qui ouvre une porte naturelle à l'envahissement et qui explique même sa malignité toute particulière dans certains cas. Quand elle survient à une époque avancée de la convalescence, elle semble affecter les allures de l'angine diphtéroïde. — La diphtérie précoce serait presque toujours suivie de mort, celle qui survient au contraire pendant la convalescence guérirait assez souvent.

(1) Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 1887.

L'angine pseudo-membraneuse non diphtéritique, apparaît plus tôt que l'angine diphtéritique vraie; très souvent c'est au début de l'éruption qu'on la voit survenir. La contagion diphtéritique fait à peu près toujours défaut.

L'angine avec pseudo-membranes est très dangereuse; la tuméfaction ganglionnaire tient le milieu entre la diphtérie vraie et l'angine scarlatineuse ordinaire. La fausse membrane semble se développer de préférence sur les amygdales et les piliers; elle peut plus tard s'étendre sur le pharynx; elle n'est jamais gangréneuse. — Il est très rare de la voir gagner le larynx, mais elle se propage au contraire volontiers sur les fosses nasales. Elle peut ainsi déterminer des accidents graves du côté de la trompe et de l'oreille moyenne. La fièvre se maintient tant que dure l'angine et décroît insensiblement jusqu'à ce que celle-ci ait disparu. La durée est d'une semaine en moyenne.

La guérison est la règle. Les complications auriculaires peuvent quelquefois se traduire par une surdité complète.

La diphtérie vraie est justiciable de son traitement habituel. L'angine pseudo-membraneuse demande à être traitée par les désinfectants, solution boriquée, sublimé; on pourra aussi parfois se trouver bien de l'emploi du sulfate de quinine dont l'auteur a fait usage avec succès en injections sous-cutanées.

L'auteur termine sa thèse en relatant quatorze observations dont quatre personnelles. (*Thèse de Paris*, 1887, n° 100.)

M. NATIER.

Deux remarquables cas d'adhérence du voile du palais avec le pharynx (*Due notevoli casi d'aderenza del velo palatino con la faringe*), par le Dr F. CARDONE.

I. — Femme de dix-neuf ans, syphilitique, ne pouvant pas respirer par le nez, avec troubles de la prononciation et de l'ouïe. On remarque dans le pharynx, au lieu du voile du palais et des piliers postérieurs un tissu, dur, blanc, perlé, cicatriciel, qui, du palais osseux, s'étend aux parois latérales et postérieures du pharynx avec trace, au milieu, d'une fissure longitudinale, filiforme.

II. — Homme de trente ans, syphilitique, ne pouvant nullement respirer par le nez et prononçant *b* pour *m*, *d* pour *n*, disant *baban* et *dez* pour *maman* et *nez*, etc. On observe une adhérence cicatricielle du voile du palais et du pharynx, analogue à celle du premier cas avec cette différence toutefois, que le plan cicatriciel, moins oblique, ne présente aucune trace de fissure.

L'opération, dans les deux cas, a été suivie d'amélioration; mais on ne doit pas oublier que l'adhérence a des tendances à se reproduire, et, alors, à l'aide de nouvelles incisions et de la dilatation continue, on peut enfin obtenir, et assurer à l'air une voie suffisante.

Ces accidents consécutifs à la syphilis pharyngée, pourraient être évités quelque peu, si on avait soin, dans la période réparatrice des lésions gommeuses, de tenir écartée du pharynx, la partie restante du voile (*Rivista clinica dell' Università di Napoli*, an. VIII, n° 2, Naples, février 1887).

X...

Sur l'emploi de la cocaïne appliquée au traitement palliatif de l'amygdalite, par Boeckel.

L'auteur ayant au début employé sans succès une solution à 20 0/0 se servit sur les conseils d'Eug. Boeckel, le septième jour, alors qu'il éprouvait des douleurs intolérables, d'une solution à 10 0/0. Il fit à un quart d'heure d'intervalle, trois badigeonnages successifs; la douleur disparut comme par enchantement, mais ayant essayé d'avaler de l'eau, le liquide reflua immédiatement par le nez. L'effet anesthésique persista une heure. Au bout de cinq quarts d'heure, ouverture spontanée de l'abcès; auparavant, les six ou huit abcès qu'il avait eus avaient tous mis neuf jours à arriver à maturation.

Comme conclusion, l'auteur recommandera au début de l'amygdalite, des badigeonnages avec une solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0. (*Gaz. méd. de Strasb.* 1^{er} avril 1886.)

M. N.

DE L'ALIÉNATION, DES MOUVEMENTS FORCÉS ET
AUTRES NÉVROSES RÉFLEXES, OCCASIONNÉES
PAR LES MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE (1).

par le Dr E SCHMIEGELOW, de Copenhague.

MESSIEURS,

Le but des communications que je vais avoir l'honneur de vous faire ce soir, est d'attirer votre attention sur certains côtés à la fois rares et intéressants de la pathologie de l'oreille. Il m'est arrivé, ces derniers temps, d'observer une série d'affections de l'oreille, dont la symptomatologie était composée de plusieurs éléments névropathologiques remarquables, et comme je suppose que ce n'est que la moindre partie de ceux qui sont ici présents qui se rendent un compte exact de l'importance que les maladies de l'oreille moyenne peuvent avoir sur des états névropathologiques, j'espère que quelques renseignements sur ce sujet ne seront pas sans intérêt.

C'est un fait connu, que les inflammations de l'oreille moyenne, aussi bien aiguës que chroniques, sont en général accompagnées d'une foule d'accidents locaux, tels qu'écoulement du conduit auditif, surdité plus ou moins prononcée. Mais, outre ces symptômes locaux, la pathologie de l'oreille moyenne a une influence beaucoup plus étendue sur le fonctionnement d'organes situés assez loin de là et engendre ainsi, souvent, une symptomatologie singulière et variée, il peut être parfois très difficile de s'expliquer la relation intime avec les affections de l'oreille. Ainsi, Tilden Brown (2) rapporte un cas observé chez un homme de quarante-huit ans, atteint d'un écoulement muqueux et purulent de l'oreille droite, compliqué d'une destruction partielle de la membrane du tympan, et qui demandait à entrer à l'hôpital, uniquement parce qu'il ressentait une violente douleur au voisinage

(1) Lu à la Société médicale de Copenhague, le 17 décembre 1886.

(2) TILDEN BROWN. Ein Fall von Abscedirung der Warzentortsatzes. *Zeitschrift f. Ohrenh.* XIII, p. 51.

de la protubérance occipitale. C'est en vain qu'on lui avait proposé la trépanation, qu'on avait usé de médicaments antinerveux : quinine, électricité, etc. Il n'y avait pas trace d'accidents locaux dans la région mastoïdienne, et pourtant, quand on fit la résection, il s'écoula environ 5 grammes de pus, après quoi le malade était guéri. Tandis que des rétentions dans le voisinage de la partie postérieure de la cavité tympanique ou anstre mastoïdien, se reconnaissent souvent comme dans le cas cité plus haut, à de violents points douloureux et à la sensibilité de la nuque à la pression, il est assez général qu'on trouve, en même temps que les inflammations de l'oreille moyenne, des douleurs sourdes et de l'oppression dans la région de la tempe, ou bien encore, au-dessus des yeux, des douleurs qui surgissent sous forme de névralgies trigéminales typiques avec points douloureux aux endroits où les nerfs sortent à la surface. On doit considérer ces dernières comme névroses réflexes caractéristiques provenant d'irritations qui atteignent les fils trigéminaux de la muqueuse de la cavité tympanique. D'autres fois, comme dans le cas rapporté ci-dessus, le malade ressent en haut de la tête une douleur sourde ressemblant à celles causées par la pression qu'exerce l'exsudat de l'oreille moyenne sur les parois de la cavité.

Ces effets d'une inflammation de l'oreille moyenne, effets limités au système nerveux sensitif, sont connus depuis nombre d'années; par contre, ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a découvert quelle importance les affections de l'oreille peuvent avoir sur le fonctionnement des autres sens.

Delau (1) a bien rapporté dès l'année 1838 deux cas d'inflammation exclusivement suppurative de la caisse tympanique d'un côté, dans lesquels il y avait en même temps diminution de la vue du côté attaqué, et où celle-ci

(1) DELAU. — *Journ. d. connaissances médic.-chirurg.*, 1838, n° 6, référé dans *med. Jahrb.*, Wien 1840, Bd, 23, p. 343; *vide* URBANTSCHITSCH référé ci bas.

s'améliora en même temps que l'affection de l'oreille, mais ce sont surtout les recherches d'Urbantschitsch (1) qui ont le plus attiré l'attention à cet égard. Après avoir tout d'abord observé quelques cas probants et découvert ainsi la connexité qui pouvait exister entre l'ouïe et la vue, cette dernière s'améliorant parfois considérablement par le traitement d'une maladie de l'oreille, Urbantschitsch fit une série d'expériences dans ce sens sur vingt-cinq malades atteints d'affections de l'oreille. Il trouva alors dans vingt et un cas que la puissance visuelle augmentait au fur et à mesure que la maladie de l'oreille diminuait. Parmi ces vingt et un cas, il y en avait cependant sept où l'amélioration de la vue n'était pas assez importante pour qu'on pût la considérer comme autre chose qu'une conséquence de variations normales physiologiques de la vue, mais néanmoins, dans quatorze cas, Urbantschitsch a constaté une amélioration correspondant aux numéros de 1—4 des épreuves d'écriture de Jøger. Ce phénomène n'était pas dû à la propagation de l'inflammation à la rétine, puisque dans aucun des cas examinés, l'ophtalmoscope n'a montré de changements pathologiques.

De nouvelles expériences ont démontré que l'amélioration de la vue était due à une augmentation du sens de la lumière.

A la suite de l'article d'Urbantschitsch, mon ami, M. le Dr G. Norqie et moi, nous avons examiné un nombre égal de malades atteints d'affections aiguës et chroniques de l'oreille, et il nous est absolument impossible de confirmer ses observations qui nous paraissent inexactes. Il nous semble qu'il attache trop d'importance à des améliorations insignifiantes de la vue (il ne s'agit en général que de quelques lettres ou mots de la même ligne) ; cela peut, en effet, dépendre d'une foule de choses, par exemple, de la grandeur de la pupille ; il n'examine

(1) URBANTSCHITSCH. — Ueber den Einfluss von Trigemiusreizen auf die Sinnesempfindungen, insbesondere auf den Gesichtssinn. *Pflügers Archiv.*, xxx, p. 139.

en effet, ni la réfraction, ni la puissance visuelle. Mais il nous paraît surtout qu'il n'attache pas assez d'importance à l'adaptation, en examinant à la lumière artificielle pendant les mois d'été, après 5 minutes seulement environ d'adaptation des malades. Presque tous ses cas paraissent explicables par une insuffisance d'adaptation (y compris ses recherches au photomètre de Forster).

Le cas suivant nous apprend combien il faut être prudent dans son jugement. Chez une femme de trente et quelques années, atteinte d'un catarrhe aigu de l'oreille moyenne, on constata à l'examen de la vue une force visuelle de 6/36 à l'œil droit, et de 6/24 à l'œil gauche ; mais après avoir insisté pour qu'elle se donnât un peu de peine, elle lut immédiatement les lignes suivantes, de sorte que sa vue fut reconnue normale. Si l'on s'était borné dans ce cas aux premiers résultats, et qu'on ne l'eût examiné qu'après sa guérison ou après avoir administré une douche d'air dans la trompe d'Eustache, etc., on aurait eu là un magnifique exemple des déclarations d'Urbantschitsch, exemple dont il eût été plus tard difficile de faire la critique.

Il n'est pas rare qu'on voie se produire *une action réciproque entre les deux oreilles*, soit qu'une diminution de l'ouïe d'un côté puisse causer un affaiblissement analogue de l'autre, soit aussi que l'ouïe augmente dans une oreille quand l'autre est exposée à l'irritation des vibrations du son ; c'est que ces dernières, quand elles rencontrent l'une des oreilles peuvent causer une irritation des centres acoustiques des deux côtés et augmenter ainsi la perception d'un côté, de même que cela se produit pour l'œil, où la vue monoculaire cause une irritation de tous les centres optiques, dont le résultat est un accroissement de la vue des deux côtés. (Urbantschitsch (1) et Eitelberg (2).)

(1) URBANTSCHITSCH : *loc cit*, p. 174.

(2) EITELBERG : Über den Einfluss der Gehörsübungen auf den Gehörsinn der geübten und insbesondere der anderen nicht geübten Seite. *Zeitschri. f. Ohrenh.*, 1883, XII p. 258.

Quant à l'influence de l'oreille sur les autres nerfs, Urbantschitsch cite des exemples où on peut, par une excitation des filets du trijumeau, exercer par voie réflexe une influence sur le *goût*, et, de telle sorte, qu'il est impossible de confondre le résultat de cette excitation avec les sensations de goût particulières, souvent amères, qui se produisent en cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne, où la corde tympanique peut être influencée dans sa partie intratympanale par des solutions instillées dans la caisse du tympan. Il raconte, en outre, p. 173, comment une *anosmie*, vieille de quatre ans, disparut assez vite par l'introduction d'une longue bougie dans la trompe d'Eustache, absolument normale.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de névroses différentes, les unes de *nature sensitive*, les autres ayant atteint les *organes des sens*, mais ayant toutes, il est vrai, leur point de départ dans l'oreille, notamment dans l'oreille moyenne. Je vais maintenant parler d'une série de névroses réflexes essentiellement *motrices*, dues à des irritations, soit de l'oreille moyenne, soit de l'oreille interne, spécialement du labyrinthe membraneux.

Dans la littérature on trouve plusieurs exemples se rattachant à ce sujet.

Delau (1) observa, par exemple, un cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec formation polypeuse, dans le cours duquel il observa des mouvements convulsifs de l'œil; ceux-ci disparurent après la guérison de la maladie de l'oreille.

Schwabach (2) a constaté des phénomènes semblables dans un cas d'écoulement chronique avec une grande destruction de la membrane tympanique; des mouvements oscillatoires singuliers de la musculature de l'œil se produisaient en sens horizontal, chaque fois qu'on

(1) DELEAU. — *Vide* URBANTSCHITSCH, *loc. cit.*

(2) SCHWABACH. — Nystagmusartige Augenbewegungen in Folge eines Ohrenleidens. *Deutsch. oetoch Zeitsch f. prakt. Med.* 1878, no 41, ref. dans *Centralbl. f. Med. Wissensch.*, 1878, no 34, p. 623.

exerçait une pression sur les parties enflammées et infiltrées de pus au voisinage de l'oreille; cessait-on de presser, immédiatement les mouvements des yeux disparaissaient. En même temps que ces mouvements, il se produisait de fortes sensations de vertige.

E. Pflüger (1) parle d'un cas semblable de catarrhe chronique purulent de l'oreille moyenne dans lequel on provoquait des mouvements oscillatoires des deux yeux en touchant un petit polype situé tout près de la membrane tympanique.

Moos (2) rapporte qu'il se produisit chez un homme atteint d'un catarrhe chronique non suppuratif de l'oreille moyenne, un tic convulsif, accompagné de vertige et de nombreux roulements de l'œil (nystagmus); il relate de même un cas de suppuration de l'oreille moyenne dans le cours duquel il se déclara une *paralysie du muscle trochléaire*, laquelle doit être considérée comme étant de nature réflexe.

Bürkner (3) provoqua du nystagmus chez une fille de vingt-deux ans, atteinte au côté droit d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne, par simple introduction du spéculum, ou au moyen d'injections dans l'oreille.

Enfin Urbantschitsch (4) parle d'une femme atteinte d'une suppuration moyenne, occasionnée par des insectes qui s'étaient introduits dans l'oreille. Chez elle, il se développa des deux côtés et en sens horizontal un violent nystagmus qui continua même après que la suppuration de l'oreille eût été arrêtée.

Comme on le voit par là, les affections de l'oreille peuvent provoquer des *mouvements de nystagmus*, parfois joints à de violents *accès de vertige*. Dans l'un des cas

(1) E. PFLÜGER. — *Deutsch Zeitschr. f. prakt., Med.*, 1878, n° 35, ref. dans *Centralblatt f. Med. Wissensch.*, 1879.

(2) MOOS. — *Zeitschr. f. Ohrenh.* XII, p. 406.

(3) BURKNER. — *Archiv. für Ohrenheilk.* XVII, p. 185.

(4) URBANTSCHITSCH. — *Loc. cit.*, p. 465.

rapportés par Moos, il s'était produit dans le cours de l'affection une *paralysie du muscle trochléaire*.

Dans le dernier Congrès de Naturalistes tenu à Berlin, MM. Trautner, Schwabach et Schwartze, de la section otologique, ont donné communication de cas d'inflammations suppuratives de l'oreille moyenne, qui avaient été accompagnés de convulsions épileptiformes (1).

Que nous ayons affaire dans ces cas à des phénomènes purement réflexes, cela ne fait pas de doute ; quant aux endroits de l'oreille où les névroses réflexes se montrent et la manière dont elles se produisent, les recherches physiologiques faites par Flourens (2), Harless (3), Czermak (4), Brown-Séquard (5), Vulpian (6), Goltz (7), Cyon (8), Högyes (9) et Bechterew (10) donnent d'intéressants renseignements à ce sujet.

Cependant, avant d'entrer plus avant dans la question des phénomènes extrêmement compliqués et importants qui s'imposent à l'égard du grand rôle que joue le labyrinthe membraneux dans la coordination harmonique

(1) Réf. de *Monatsschr. f. Ohrenh.*, octobre 1886.

(2) FLOURENS. — Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux. Paris, 1842, II^e édition. Réf. de Goltz et Bechterew.

(3) HARLESS. — Wagners Handwörterbuch der Physiologie, Bd, IV, S. 422. Réf. du Goltz.

(4) CZERMAK. — *Jenaische Zeitschrift*, Bd. III, 1867, p. 104. Réf. de Goltz.

(5) BROWN-SÉQUARD. — Cours of lectures. Philadelphia, 1860, p. 493. Réf. du Bechterew.

(6) VULPIAN. — Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux. Paris, 1866, S. 600. Réf. de Goltz.

(7) GOLTZ. — Über die physiologische Bedeutung der Bogengänge des Ohrlabyrinths, *Pflügers Archiv.*, III, p. 472, 1870.

(8) CYON. — Les rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'œil, *Gaz. méd.*, 1876, n° 17. Réf. de Moos (*l. c.*), et Thèse pour le doctorat en médecine, 1878. Réf. de Bechterew.

(9) HÖGYES. — Ueber die wahren Ursachen der Schwindelercheinungen bei der Drucksteigerung in der Paukenhöhle, *Pflügers Archiv.*, XXVI, 1881, p. 538.

(10) BECHTEREW. — Ergebnisse der Durchschneidung des N. acusticus nebst Erörterung der Bedeutung der Semicirculären Canäle für das Körpergleichgewicht, *Pflügers Archiv.*, XXX, 1883, p. 342.

des mouvements musculaires et de l'équilibre du corps humain, je me permettrai d'élucider cliniquement cette question, ayant observé, il y a environ six mois, un cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, dans lequel apparurent une série d'accidents nerveux, parmi lesquels de violents accès d'angoisses, de vertige et des mouvements forcés tout particuliers étaient ce qu'on remarquait de plus frappant.

I. — Ferdinand H..., trente-quatre ans, horloger, s'adresse à moi le 16 janvier 1886, pour une affection suppurative de l'oreille droite, laquelle remontait à vingt-deux ans, et s'était déclarée pendant une fièvre scarlatine. Le malade n'avait suivi aucun traitement, excepté dans les dernières années, où son médecin lui avait ordonné des irrigations à l'eau tiède, dont le résultat fut d'atténuer un peu l'horrible puanteur d'autrefois et de lui soulager la tête.

L'écoulement avait été épais, purulent, souvent sanguinolent. L'ouïe, suivant sa déclaration, s'était un peu affaiblie dans l'oreille droite.

Outre ces accidents locaux, il ressent souvent des *douleurs* au côté droit de la tête, jointes à un *sentiment de compression particulier et très gênant dans les parties supérieures de la tête*.

De temps à autre, il a des *accès de vertige*. De plus, il se plaint d'*angoisses* singulières, subites, qui arrivent spontanément et causent un grand trouble dans toute son existence. Parfois, ces angoisses sont moins violentes, de sorte qu'en faisant appel à toute sa volonté, il parvient à les maîtriser, à se raisonner; mais, parfois aussi, elles sont si fortes et arrivent si inopinément qu'il devient tout à fait la proie de ses frayeurs; il s'affaisse, se cramponne à ce qui se trouve à sa portée, tandis que la sueur de l'angoisse perle sur tout son corps. L'autre jour, il se promenait avec sa femme dans la rue; tout à coup, il perd tout empire sur lui, baisse la tête, et tournant à droite, il fait dix, quinze pas, *automatiquement*, en travers de la chaussée. Il n'avait aucune idée de ce qui se passait, mais

seulement un sentiment vague que ses jambes se dérobaient sous lui, tout à fait comme s'il lui eût été impossible d'éviter quoi que ce soit qui se fût présenté sur son chemin. Il a remarqué que ces accès sont toujours suivis d'écoulement assez abondant de l'oreille, qu'ils sont plus fréquents l'été, alors que la maladie est plus grave. A cause de ces accès, il n'ose aller au théâtre, n'étant pas sûr de pouvoir maîtriser les crises si elles survenaient.

Le malade est fort et robuste, l'expression de ses yeux est fixe et a quelque chose de désagréable; de temps à autre, il ferme les poings, et, questionné à ce sujet, il déclare que pendant l'examen médical même, il est en proie à une violente angoisse qu'il cherche à réprimer, et qu'il n'attribue pas seulement à l'influence psychique résultant d'un premier examen. Il y a écoulement abondant, fétide et purulent du conduit de l'oreille droite; au fond de ce dernier, on découvre un polype assez résistant et d'un rouge vif, qui remplit complètement le conduit, et peut se mouvoir autour d'un pédicule partant de l'oreille moyenne. Pas de douleurs à l'apophyse mastoïde. Le malade peut entendre les battements d'une montre placée au contact de son oreille et des chuchotements à 8 centimètres de distance.

Le 17 janvier, le polype est enlevé sans douleur avec l'anse froide, après vingt minutes de cocaïnisation au moyen d'une solution à 8 0/0 de cocaïne muriatée. Ecoulement de sang insignifiant, traitement à l'acide borique, cathétérisme et nettoyage de l'oreille à l'eau tiède à travers la trompe.

18 janvier. — Le malade s'est bien porté; point d'angoisses. Derrière et en bas de l'oreille moyenne, on voit les restes du polype; ils sont cautérisés à l'acide chromique.

9 mars. — Il est guéri. L'oreille est tout à fait sèche. La membrane sans éclat, épaissie et blanchâtre. Le manche visible dans toute sa longueur. En bas et en arrière, une perforation sèche, large comme une bonne tête d'épingle. Il peut entendre une montre à 16 centimètres de distance, des chuchotements à plusieurs mètres. Tous les symptômes nerveux d'autrefois ont disparu sans laisser de traces.

Nous avons donc eu affaire à une suppuration chronique de l'oreille moyenne, dont la symptomatologie est très singulière, une série d'accidents nerveux, bizarres, s'étant produits, les uns de nature psychique (les accès subits d'angoisse), les autres de nature *sensitive* (les douleurs) et enfin, d'autres d'essence *motrice* (le vertige et toutes ses conséquences.)

Dans la description des symptômes, leur intensité variable nous sautera tout de suite aux yeux, et ce fait, que le malade a remarqué lui-même, que l'écoulement diminuait avant une exacerbation des symptômes et devenait plus abondant quand les symptômes s'adoucissaient, ce fait, dis-je, est une indication importante pour expliquer la variabilité des symptômes. Par exemple, chaque fois que le polype de l'oreille changeait son point d'appui ou, par une augmentation de volume, arrivait à fermer complètement le méat auditif, interceptant ainsi le passage de l'écoulement, la pression à laquelle étaient soumis les éléments nerveux de l'oreille moyenne et le labyrinthe augmentait, ce qui provoquait de nouvelles et en même temps de plus violentes névroses. Pour découvrir d'où proviennent spécialement les névroses, il faut jeter un rapide coup d'œil en arrière sur les différents travaux expérimentaux qui ont eu pour objet l'affection physiologique du labyrinthe membraneux,

Vers l'année 1840, Flourens démontra l'importance des canaux demi-circulaires pour l'équilibre du corps humain, en provoquant par des incisions faites dans ces canaux, des mouvements forcés particuliers et des désordres dans l'équilibre. En 1860, Brown-Séquard démontra qu'on pouvait occasionner des phénomènes semblables en irritant (par le toucher ou une piqûre d'épingle) le nerf acoustique sur son tronc ou sur ses rameaux terminaux dans le labyrinthe. Il regardait le nerf acoustique comme composé de deux nerfs; selon lui, l'un allait jusqu'à la cochlée et n'était qu'un simple nerf auditif, l'autre, au contraire, allait au labyrinthe et jouait un rôle dans

l'équilibre du corps humain. Cependant, comme on n'osait nier (Schiff) que les opérations faites sur les canaux demi-circulaires et le nerf acoustique ne pussent occasionner des lésions du cerveau, et ces dernières provoquer des troubles dans l'équilibre, il fut fort important de savoir que Goltz, en coupant le nerf acoustique de grenouilles hors de la cavité crânienne, avait pu provoquer un grand désordre dans l'équilibre. Cyon, qui opéra sur des lapins, confirma dans leurs points essentiels les recherches de Flourens, et constata, de plus, qu'il existait une connexité physiologique entre le nerf acoustique et le centre d'innervation des muscles de l'œil. Baginszky (1) provoqua des symptômes de vertige, du nystagmus et différents mouvements forcés, au moyen d'injections dans la caisse tympanique à travers la membrane, et expliqua ainsi ces phénomènes : le fluide, injecté à travers la fenêtre ronde et l'aqueduc cochléaire, arrive au-dessous de la dure-mère, et là, exerce une pression sur certaines parties des corps restiformes de la moelle allongée, dont l'irritation produit de semblables phénomènes de vertige.

On conteste de la même manière l'action de la résection des canaux demi-circulaires, laquelle ne peut avoir lieu que conjointement à une lésion partielle du cerveau. Lucæ (voy. Hôgyes) regarde de même le vertige produit par l'insufflation de l'air dans la caisse tympanique comme un vertige optique qui s'expliquerait ainsi : le globe de l'œil, quand la pression arrive à 0,4 d'atmosphère, fait un mouvement d'abduction au côté irrité ; le vertige serait alors une conséquence du mouvement subjectif des images et diminuerait quand l'œil se ferme. Quant à la manière dont la pression agirait, Lucæ est à peu près du même avis que Baginszky, le liquide cérébro-spinal étant, selon lui, poussé à travers le labyrinthe et l'aqueduc cochléaire, ce qui produirait une irritation des

(1) BAGINSZKY : *Arch. f. Anal. u. Physiol.*, 1884. *Physiol. Abteilung*, III, 4, *ref. der Hôgyes*.

nerfs de la musculature de l'œil à l'endroit de la base cérébrale. Hőgyes a cependant démontré expérimentalement que les opinions de Lucæ et de Baginszky étaient fausses, les mouvements de nystagmus aussi bien que les symptômes disparaissant quand le labyrinthe membraneux est détruit (au moyen d'acide nitrique fumant), et qu'il s'agit, au contraire, d'une irritation puisque les ramifications vestibulaires du nerf acoustique, de même que le vertige appelé par Lucæ, vertige optique, c'est-à-dire causé par un mouvement subjectif des images, est un vrai *vertigo auriculaire* provoqué par une irritation du nerf acoustique. En effet, les accidents persistent, même si les yeux se ferment ou si l'on coupe les nerfs optiques. Finalement, Bechterew a, au moyen d'une simple résection du nerf acoustique sur des chiens, confirmé et développé les expériences déjà faites par Flourens, Goltz, Cyon, etc.

Alors qu'on est à peu près d'accord au sujet des faits établis par les résultats expérimentaux, les avis sont, au contraire, très partagés, quand il s'agit d'expliquer la dépendance réciproque des phénomènes ; Goltz les regarde, au contraire, ainsi que Brown-Sequard, Cyon et d'autres, comme des phénomènes d'irritation. Sans m'arrêter ici à rechercher le pour ou le contre, je vais rapporter l'opinion de Bechterew, qui me paraît la plus plausible. Il y a trois éléments qui sont indispensables pour le maintien de l'équilibre (Goltz, *l. c.*, p. 173) : 1° l'organe central situé dans un certain point du cervelet ; 2° la voie centripète (nerfs sensitifs) représentée par les filets ampullaires du nerf acoustique ; 3° les fils centrifuges ou moteurs.

Bechterew pense alors que la condition nécessaire à l'équilibre du corps est le résultat d'une série de sensations ampullaires produites sans relâche dans les canaux demi-circulaires et que ces sensations se continuent par voie réflexe et toujours en harmonie réciproque à travers le cervelet jusqu'aux nerfs moteurs. La résection d'un ou de plusieurs canaux demi-circulaires provoque, dans les

sensations émanant des canaux demi-circulaires irrités et intacts, une disharmonie qui atteint le centre de conscience et y cause une forte réaction sous forme d'une sensation de vertige.

Cette opinion, acceptable pour les lésions des canaux demi-circulaires, peut également trouver son application à propos des lésions de la substance centrale grise du troisième ventricule et des olives de la moelle allongée, d'où les désordres consécutifs dans l'équilibre du corps humain.

Avec ces résultats expérimentaux devant les yeux, on doit considérer les mouvements forcés aussi bien que les accès de vertige constatés chez le malade dont il a été question précédemment, comme des névroses réflexes émanant des ramifications vestibulaires du nerf acoustique. L'irritation est due à la pression produite par l'exudation de l'oreille moyenne ayant gagné à travers les fenêtres ronde et ovale le périlymphe et l'endopérylymphe du labyrinthe. C'est pourquoi, aussitôt que le polype du conduit auditif eût été enlevé, ce qui permit à l'exudation de s'écouler, les accès de vertige et les mouvements provoqués cessèrent et ne reparurent qu'accidentellement, chaque fois qu'on augmentait la pression intralabyrinthaire, en serrant un tampon d'ouate contre l'étrier et la fenêtre ronde, ou par un lavage un peu violent de l'oreille.

Schwabach (*l. c.*) a également interprété de la même manière la connexité physiologique des symptômes dans les cas rapportés par lui, les mouvements de nystagmus étant dus à une irritation des éléments nerveux du labyrinthe, provoquée par ce fait, que la pression sur l'apophyse mastoïde s'était communiquée, à travers les parties imbibées de pus, à l'étrier et à la fenêtre ronde.

Dans tous les cas mentionnés jusqu'ici, les névroses réflexes ont toujours été de nature transitoire et ont disparu après guérison des maladies de l'oreille, excepté dans le cas de nystagmus observé par Urbantschitsch

chez une jeune fille, où le nystagmus persista, même après disparition de la maladie.

Dans le dernier cas décrit, on parle d'angoisses plus ou moins violentes, qui arrivaient sans motif et au moment où le malade s'en doutait le moins. Une fois le polype opéré, ces accès disparurent. Ce phénomène m'amène finalement au dernier groupe de névroses réflexes qui peuvent prendre leur point de départ dans une oreille malade : les *psychoses*. Comme exemple très intéressant de psychose réflexe ayant pour point de départ l'oreille moyenne, je vais me permettre de donner communication d'un cas que j'ai eu l'occasion de traiter.

II. — Ole J..., cinquante-cinq ans, vint me trouver le 13 novembre 1885 pour me consulter au sujet de polypes de l'oreille. Il est resté sourd-muet depuis sa septième année, par suite d'une suppuration des deux oreilles, consécutive à une fièvre scarlatine. Les deux oreilles avaient coulé pendant tout cet espace de temps. Il y a trois semaines environ, fut enlevé un polype de l'oreille gauche, après quoi disparut une mélancolie survenue dans les dernières années, se traduisant par des idées de persécution, et pour laquelle on avait été sur le point de l'envoyer à l'hôpital des aliénés. Les renseignements pris auprès de son médecin, le Dr Feilberg, nous apprirent ce qui suit :

Le 22 septembre, le Dr Feilberg fut appelé près du malade, qui est instituteur à l'établissement des sourds-muets de Copenhague. A son arrivée, il trouva le malade arpentant fiévreusement le parquet, et la femme de ce dernier fit les déclarations suivantes : « Dans le cours des six derniers mois, un grand changement s'était opéré chez son mari. Lui, qui d'ordinaire était joyeux et content, était devenu de plus en plus taciturne; il ne se souciait ni de son intérieur ni de ses enfants, fréquentait beaucoup un menuisier sourd-muet, appartenant au parti socialiste, était devenu libre-penseur, négligeait ses affaires, faisait des fautes de calcul dans ses factures, etc. De plus, dans les derniers temps, étaient sur-

venues des insomnies ; il se promenait pendant la nuit, disant qu'il était un voleur, que la police allait venir l'arrêter, parce qu'il avait commis des détournements. » (Il était, en effet, président de la « Société des Sourds-muets » et, en cette qualité, tenait la caisse en compagnie du directeur de l'institution des sourds-muets de Fredericia.)

L'examen objectif ne révéla absolument rien d'anormal et il ne se plaignait lui-même que d'une compression de la tête et d'un peu de vertige. Il présentait tout à fait l'aspect d'un aliéné, mais comme cette folie pouvait avoir un motif, on télégraphia immédiatement au directeur, à Fredericia, lequel déclara, à son arrivée, que la caisse était parfaitement intacte. Le lendemain, il était pourtant tout aussi agité et parlait de se donner la mort, puisqu'un jour ou l'autre il serait arrêté. Il fut alors envoyé à l'hôpital de la commune pour aliénation mentale ; de là, on voulut l'évacuer sur l'hôpital des aliénés ; mais au bout de quelques jours sa femme le fit sortir, et le 29 septembre le D^r Feilberg le vit de nouveau. L'état psychique était exactement le même qu'auparavant, il arpentait sa chambre des heures entières et se considérait avec abattement. Comme le conduit auditif présentait du côté gauche une tumeur d'un rouge bleuâtre qui sortait un peu du conduit, le malade fut, sur le désir de sa famille, placé dans la section de Saxtorph, à l'hôpital de Frederic, où l'on opéra le polype.

Après cela, son état mental s'améliora, et il était gai et content comme autrefois ; c'était plutôt la peur que sa santé ne fût ébranlée de nouveau si les polypes venaient à reparaître, qui fit qu'il s'adressa à moi. Le conduit de l'oreille droite avait la forme d'un ceillet encastillé à peu près à mi-chemin et à l'intérieur ; au fond, il était rempli de pus et de masses desquamatives. Dans le conduit de l'oreille gauche, on apercevait, au fond, un polype fibreux résistant, que j'enlevai au moyen de l'anse, et les débris furent cautérisés à l'acide chromique. Le 14 décembre, le conduit était parfaitement débarrassé, à quelques granulations insignifiantes près, situées au point d'insertion du polype, tout près de l'anneau tympanique, en arrière et en haut.

Il n'y a aucun doute que l'affection mentale ne fût due à l'affection de l'oreille et spécialement à la rétention du pus dans l'oreille moyenne, le traitement de l'oreille ayant eu une action si prompte sur l'état psychique.

Il connaissait lui-même la relation entre l'état anormal de son esprit et les polypes, et il s'adressa à moi de peur que les souffrances mentales ne se présentassent de nouveau si les polypes venaient à reparaitre.

C'est un cas fort remarquable, car le malade eût certainement été envoyé dans un établissement d'aliénés, si sa famille ne s'y fût opposée formellement, et il eût pu errer longtemps encore avec son polype.

Dans la littérature on rencontre quelques exemples semblables; ainsi Koeppé (1) écrivit, il y a environ dix ans, une petite brochure sur la psychose réflexe causée par une maladie de l'oreille, s'appuyant principalement sur deux observations. Dans l'un des cas, se développa une mélancolie chez un homme de quarante-un ans, qui, depuis dix ans, était atteint d'une suppuration traumatique de l'oreille. Peu à peu il devint de plus en plus agité; il se croyait poursuivi, voulait tuer sa femme et ses enfants. On le conduisit enfin dans un hôpital d'aliénés, où un traitement local de la maladie d'oreille fit disparaître la psychose. Ce qui est intéressant, c'est qu'une exacerbation des accidents du cerveau survenue pendant ce temps, disparut avec une exacerbation des accidents de l'oreille. A mesure qu'il se rétablissait, la conscience de la maladie se réveilla en lui, il put alors expliquer avec précision comment elle était survenue; elle avait pris naissance dans la trompe, puis s'était développée peu à peu; elle était occasionnée par les affections de l'oreille.

L'autre malade avait environ cinquante ans, il souffrait d'accès de manie qui s'étaient développés peu à peu, il battait sa femme et ses enfants, était hanté par des idées

(1) Koeppé. *Archiv, f. Ohrenheilk.*, IX, 4875.

de suicide et se plaignait constamment de souffrances à la tête. Après qu'on eut débarrassé les conduits auditifs de gros bouchons de cérumen, les accidents nerveux disparurent tout d'un coup.

Blau (1) parle d'un homme atteint de mélancolie périodique, de douleurs à la tête, de surdité et de vertige, et qui fut débarrassé de tous ces accidents après guérison d'un catarrhe chronique de l'oreille moyenne.

Franck Tuzcek (2) rapporte un cas de mélancolie légère, causée par des bruits subjectifs de l'oreille, et qui fut complètement guéri quand on eut fait disparaître ces bruits en tamponnant le conduit auditif avec de la ouate.

John Roosa et Edward Ely (3) ont également observé une altération mentale, occasionnée par un amas de cérumen dans le conduit auditif de l'oreille, et qui disparut dès que l'oreille eut été débarrassée.

Dans un cas observé par Jacobson (4), une maladie de l'oreille, accompagnée de bruits subjectifs, et qui causa des hallucinations de l'oreille et de la vue, disparut après l'administration de douches d'air.

Comme on le voit par ce qui précède, l'oreille est parfois le point de départ de nombreux et divers accidents nerveux, dont la subordination aux maladies d'oreille n'est pas toujours facile à établir.

(1) BLAU. — *Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 1878, n° 28, ref. in *Archiv. f. Ohrenheilk.* XIV, p. 255.

(2) FRANCK TUZECK. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1881, n° 30, ref. in *Archiv. f. Ohrenheilk.*, XVII, p. 183.

(3) JOHN ROOSA et EDWARD ELY. — *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, IX, 4, p. 335.

(4) JACOBSON. — Bericht aus der Berliner otiatrischen Universitäts Poliklinik, *Archiv. f. Ohrenheilk.*, XIX, p. 39.

COMMUNICATION A PROPOS D'UN NOUVEAU SERRE-
NŒUDS OU ÉCRASEUR GALVANO-THERMIQUE, ET
DESCRIPTION DE CET INSTRUMENT.

Par le Dr JACQUEMART

Ex-chef de clinique à la clinique otologique des sourds-muets à Paris,
ex-professeur d'otologie et de laryngologie à l'École de Médecine d'Alger.

Dans la pratique chirurgicale, on rencontre fréquemment des tumeurs pédiculées plus ou moins vasculaires, souvent de consistance dure et fibreuse. Pour nous en tenir aux régions dont je m'occupe spécialement, c'est-à-dire les cavités naso-pharyngiennes, les oreilles, l'isthme du gosier, le larynx enfin, je nommerai une multitude de polypes des fosses nasales, des tumeurs adénoïdes ou fibreuses de la partie supérieure du pharynx et postérieure des fosses nasales; je nommerai l'hypertrophie de la muqueuse des cornets nasaux, hypertrophie constituant de véritables tumeurs très vasculaires; je nommerai, à l'isthme du gosier, les amygdales hypertrophiées formant également tumeurs quelquefois aussi très vasculaires; je nommerai enfin la série des tumeurs qu'on rencontre dans le larynx, depuis la végétation bénigne et pédiculée des cordes vocales, jusqu'aux tumeurs malignes de tous ordres.

Quand il est question d'extirper ou de détruire ces tumeurs, on songe à quel genre d'instrument on pourrait s'adresser... Dans certaines régions, on peut recourir à un écraseur plus ou moins puissant. Mais dans les cavités que je viens d'énumérer, il n'y a pas à songer aux écraseurs dits de Chassaignac ou similaires. Tout au plus pourrait-on les appliquer aux grosses tumeurs naso-pharyngiennes quand elles sont nettement pédiculées. Nous dirons plus loin quels sont les inconvénients de ces instruments.

Pendant longtemps j'ai employé, comme mes maîtres et devanciers m'avaient appris à le faire, un écraseur de proportions plus modestes, c'était le serre-nœuds de

Wilde, plus ou moins modifié, suivant la région où il devait être appliqué. Tout le monde connaît le serre-nœuds de Wilde, c'est-à-dire ce fil de fer ou de laiton qui est recourbé en anse et ramené dans une tige creuse, dans laquelle tige l'anse rentre tout entière, coupant ou écrasant nécessairement le pédicule ou la tumeur qu'elle embrassait.

Ce genre d'écraseur est encore par moi le plus souvent employé pour les tumeurs molles comme celles qu'on trouve dans les conduits auditifs, dans les fosses nasales (polypes muqueux), dans la partie supérieure du pharynx (végétations adénoïdes), parce que dans ces circonstances il suffit amplement à l'écrasement et l'ablation des dites tumeurs.

Quant aux tumeurs molles du larynx, une simple pince laryngienne du Dr Fauvel suffit à les écraser ou les arracher. — Et les amygdales hypertrophiées s'excisent le plus souvent au moyen de l'amygdalotome de Fanestock ou pareil. J'ajouterai que, le plus souvent, point n'est besoin de les exciser, attendu que l'on obtient une réduction certaine et suffisante par la simple ignipuncture.

Il y a toutefois des cas où l'excision est indispensable, ne serait-ce que comme moyen plus rapide.

Mais nous trouvons souvent des tumeurs excessivement vasculaires qu'on ne peut exciser sans danger d'hémorragie grave : telles sont les grosses amygdales chez l'adulte, surtout chez les personnes à tempérament sanguin ; et, de ce nombre, sont les arthritiques. En effet, il n'est pas rare de trouver dans la masse amygdalienne de grosses veines, véritables varices de la région ; d'autre part, l'adulte a souvent des vaisseaux artériels très développés dans les amygdales, et on a vu, de ce fait, des hémorragies très abondantes à la suite de l'excision des amygdales. Je pourrais citer l'exemple d'un confrère de Bordeaux dont les jours furent mis en péril par suite d'une ablation des amygdales par l'amygdalotome, contrairement à l'avis que j'avais donné de ne

point recourir à ce procédé. L'excision des végétations adénoïdes de la voute pharyngienne chez les enfants, quand elle est faite avec certains instruments tranchants comme la curette tranchante ou l'anneau coupant, modèle de Fanestock, donne lieu le plus souvent à une grande perte de sang qui prend la proportion d'une véritable hémorragie. Ces pertes du sang amènent l'anémie où l'augmentent considérablement. Or, si l'on considère que cette affection se rencontre d'ordinaire chez des sujets débilités, on comprendra qu'il y a un inconvénient capital à leur faire perdre beaucoup de sang. — La muqueuse des fosses nasales recouvre, on le sait, un système veineux très riche, véritables sinus sanguins. Et si on coupe cette muqueuse dans le but d'en réduire le volume quand il y a hypertrophie, dans le cours de certaines rhinites par exemple, on est, de ce côté, encore une fois, exposé à produire de véritables hémorragies veineuses. Et là aussi on doit redouter l'anémie consécutive.

J'ai dit plus haut que parmi les tumeurs de la région naso-pharyngienne, certaines sont dures et fibreuses, et par conséquent très adhérentes; elles sont si dures bien souvent qu'il est impossible de les détacher avec le serre-nœuds de Wilde. On est obligé de recourir à l'instrument tranchant où à un écraseur de Chassaignac, modifié dans sa forme suivant la cavité naso-pharyngienne où on doit l'introduire. Or, les manœuvres dans cette région avec un bistouri, sont difficiles. De même, l'application d'un écraseur, fût-il modifié et parfaitement approprié à la cavité, est également très difficile. Enfin, certaines tumeurs du larynx sont également fibreuses; et là, plus encore que dans l'espace naso-pharyngien, l'application du bistouri ou de l'écraseur de Chassaignac est pénible au malade et difficile au praticien; souvent même elle est impossible à cause du volume nécessairement trop considérable de l'instrument.

On a bien songé, depuis longtemps, à se servir pour

l'excision de toutes ces tumeurs vasculaires ou fibreuses, d'une anse galvano-thermique. J'ai vu mes maîtres recourir à ce moyen, et moi-même j'y eu souvent recours. En effet, l'anse rougie par un courant électrique, opère la section de n'importe quelle tumeur, relativement facilement. Et, par ce moyen, si on a la précaution de ne pas porter l'incandescence au rouge blanc, on est certain de ne pas produire ces hémorragies dont j'ai parlé plus haut. Mais j'avais toujours constaté, tant aux mains de mes maîtres que par moi-même, que l'introduction d'une anse galvanique était très difficile, à cause de l'imperfection des appareils qui servaient à cela. Il fallait la réunion d'un certain nombre d'aides servant, les uns, à la manœuvre des piles électriques, les autres, au fonctionnement des appareils porte-fils; enfin, ces appareils étaient tels que le travail se divisait à l'infini, et comme toujours, le nombre d'aides nuisait à la perfection de l'opération.

Depuis longtemps, je m'étais occupé de trouver un appareil simple qui me permit de réduire le nombre des mains qui devaient servir à ces opérations. J'avais demandé à tous nos fabricants et électriciens qu'ils me fissent un serre-nœuds galvano-thermique que je pusse manœuvrer seul ou presque seul. Mais mes vœux étaient toujours restés non satisfaits. Enfin, poursuivant mes recherches, j'ai pu arriver moi-même à la confection d'un modèle que je confiai à l'habile fabricant M. Dubois, de Paris. Et à nous deux, nous avons confectionné l'appareil suivant dont je vais faire ici la description.

Je me sers d'abord d'une pile au bichromate de potasse et acide sulfurique à éléments séparés. Cette pile se compose de 6 éléments (charbon et zinc) que je réunis en quantité, et que je plonge à volonté dans les vases correspondants, au moyen d'un petit treuil à manivelle et crémaillère. Cette batterie est commode en ce sens qu'il est très facile de la mettre en action comme au repos. De plus, on peut n'utiliser que le nombre d'élé-

ments que l'on veut. On peut donc, à volonté, varier le courant. C'était d'ailleurs, de tous temps, le genre de pile employée pour la galvano-caustie thermique.

J'ai organisé un manche en ébène long de 0,15 cent. environ, traversé dans sa longueur par deux conducteurs métalliques qui ne se touchent pas, bien entendu. Ces conducteurs se terminent chacun par une partie creuse garnie sur le côté d'une vis de pression. Dans ces parties creuses doivent s'adapter, maintenus par les vis, deux tubes métalliques rapprochés mais ne se touchant pas, séparés qu'ils sont par un fil de soie qui les enveloppe et les fixe l'un près de l'autre. Ces tubes sont en cuivre rouge très malléable, de manière à pouvoir les courber comme l'on veut. Ils ont une longueur de 0,20 cent. environ. L'un des conducteurs qui traversent le manche d'ébène, celui de gauche, est coupé, et ses tronçons se tiennent écartés par un ressort. Une vis de rappel placée sur le côté et fixée à l'un des tronçons permet de les rapprocher à volonté au moyen d'un simple coup de doigt quand la main tient le manche par son milieu. On peut donc, comme on veut et très facilement, fermer ou ouvrir le courant, c'est-à-dire rougir le fil ou l'éteindre comme nous verrons plus loin.

Sur le dos du manche est fixée, au bois même, une tige métallique carrée longue de 0,10 cent., et sur cette tige glisse un curseur à anneau. Une petite traverse en ivoire est fixée près de l'anneau, qu'elle dépasse de chaque côté d'environ 0,01 cent. Au bas du manche, par dessus, est fixé un autre anneau ou crochet destiné à servir de point d'arrêt et d'appui pour le pouce tandis que le doigt indicateur saisit le curseur et le fait glisser. Les deux bouts inférieurs des conducteurs métalliques ressortant du manche s'engagent dans les garnitures de deux fils conducteurs se reliant aux pôles de la batterie galvanique; un fil de platine, assez fin pour jouir d'une grande souplesse relative, passe dans les deux tubes métalliques constituant le serre-nœuds. Par ses deux

extrémités, ce fil de platine s'attache sur les deux poulies d'ivoire de la traverse près de l'anneau du curseur. Une certaine longueur de ce fil dépasse par en haut des tubes et forme une boucle qu'on peut faire plus ou moins grande selon les besoins et la grosseur des tumeurs qu'on veut embrasser.

Quand on veut se servir de l'instrument, la main droite tient le manche d'ébène par son milieu, le pouce passe sous le crochet inférieur, et l'indicateur dans l'anneau du curseur. La vis ou commutateur fixée à l'un des tronçons du conducteur de gauche est éloignée : par conséquent le courant est ouvert. Le manche est adapté aux fils de la batterie dont les éléments sont baissés. On manœuvre l'appareil de la seule main droite, tandis que de la gauche on s'éclaire par un miroiroscope, rhinoscope ou laryngien, suivant la cavité où l'on doit opérer, où bien le doigt de la main gauche sert de guide dans la cavité si l'éclairage est inutile. On a, de cette façon, toute facilité pour chercher à embrasser la tumeur où elle siège, dans cette anse métallique que forme le fil de platine. Quand on a saisi la tumeur sur la masse ou son pédicule, on serre d'abord autant qu'on le peut, à froid, c'est-à-dire à courant ouvert. Enfin, quand on sent la tumeur très bien prise et déjà serrée, on ferme le courant en ramenant en contact les deux tronçons du conducteur par la vis ou commutateur, au moyen du doigt médius. Immédiatement, l'anse métallique rougit. Alors, de la même main droite, cette fois en se servant du doigt indicateur passé dans l'anneau, on fait glisser le curseur; on resserre l'anse qui est rouge, et on coupe ainsi la tumeur sur le point où on l'a saisie. On serre tout doucement pour laisser aux tissus le temps de se brûler sous la pression de l'anse. Une remarque à faire : c'est qu'à mesure qu'on diminue la longueur de l'anse, il faut remonter les éléments du liquide où ils plongent de manière à diminuer le courant. En effet, s'il n'agissait pas ainsi, l'anse qui n'était que rougecerise quand elle avait sa plus grande longueur, passerait,

avec le même courant, petit à petit, en diminuant, au rouge-blanc; or, chauffée à ce degré, ce ne serait plus un écraseur cautérisant qu'on aurait en mains, mais on produirait une véritable section comme avec l'instrument tranchant. On sait, en effet, que le cautère chauffé à blanc coupe net, tant est rapide la brûlure. L'orifice des vaisseaux restant béant, on a, dès lors, tous les dangers de l'hémorragie comme si on s'était servi de la lame du bistouri. Au contraire, si on a eu soin de conserver un courant proportionné à la dimension de l'anse, on conservera jusqu'au bout le rouge-cerise, c'est-à-dire une température sous l'influence de laquelle les tissus se grillent tout doucement. A cette température, la fibrine du sang contenu dans les vaisseaux se coagule et forme autant de bouchons obturateurs pour ces vaisseaux sectionnés.

L'appareil que je viens de décrire me fut construit par M. Ch. Dubois, dont le savoir et l'habileté dans ces sortes de choses n'attendent plus qu'on les loue. J'avais, il est vrai, soumis à l'habile fabricant un plan et un modèle grossier pour lui expliquer ce que je voulais réaliser. Mais je lui dois cette justice, c'est qu'il a heureusement modifié mon projet. Le système de commutateur est de lui. Or, cela est mieux que ce que j'avais fait. — Je voudrais pourtant que le commutateur fût changé de place pour en rendre le mécanisme plus facile. Mais cela n'est qu'une question secondaire.

Un dessin devrait être joint à la description qui précède. — Le dessinateur m'a fait défaut. J'espère toutefois que mes explications pourront suffire. — On trouverait, d'ailleurs, chez M. Dubois, un instrument du même genre si on désirait le voir (1).

(1) Depuis que j'ai envoyé mon manuscrit au journal, j'ai appris qu'un docteur de Bruxelles avait eu la même idée que moi de construire un serre-nœud galvano-thermique; et il aurait fait un instrument analogue au mien. Certains détails de construction le font différer; mais c'est le même principe. J'aime à croire que mon confrère ne verra dans mon appareil que le résultat d'une similitude d'idée.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

9^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-YORK LES 26, 27
ET 28 MAI 1887.

Traduit de l'anglais (1), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

1^{er} jour. — 26 mai.

Le président, le Dr E. FLETCHER INGALLS, ouvre la séance et remercie ses collègues de l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire en l'élevant à la présidence; il lit ensuite une note sur le **tubage du larynx** (*Intubation of the larynx*).

En 1880, O'Dwyer introduisit dans la pratique le tubage du larynx, donnant ainsi aux praticiens une des opérations les plus utiles qui aient été pratiquées dans les temps modernes. Pendant le traitement consécutif (*The after Treatment*) à l'introduction du tube, on doit proscrire les liquides d'une façon absolue, car on risque fort de déterminer une bronchite ou une pneumonie. Dans les cas favorables, le gonflement et les fausses membranes diminuent au bout de cinq à six jours d'une façon si notable, que le tube est rejeté par un accès de toux et qu'il n'est pas nécessaire de l'introduire à nouveau.

Il a pratiqué le tubage du larynx dans 12 cas de croup. Il a obtenu 3 guérisons. Dans 1 cas, le malade vécut huit jours et mourut subitement une heure après l'ablation du tube. Un autre vécut également huit jours et mourut de pneumonie.

Ingalls donne des détails sur les malades qu'il a observés. Il résulte de son expérience que, dans le traitement consécutif au tubage du larynx, on doit : 1° Proscrire les liquides, sauf en lavements; 2° donner fréquemment une préparation mercurielle à dose relativement élevée.

L'auteur a recueilli 514 cas avec 134 guérisons; le nombre serait beaucoup plus élevé si l'on surveillait avec plus de soins l'emploi des liquides. Les résultats obtenus par le tubage sont aussi favorables que pour la trachéotomie chez

(1) D'après le *Medical New* et le *Medical Record* des 4 et 11 juin 1887.

les enfants au-dessus de trois ans; ils sont supérieurs au-dessous de cet âge. Pour l'introduction du tube, Ingalls préfère l'ouvre-bouche de Goodwillie à celui de O'Dwyer.

Le Dr SAJOURS fait une communication sur **une nouvelle méthode de tubage du larynx** (*a new method of intubation of the larynx*).

Jusqu'à présent, les résultats de la statistique sont favorables à la trachéotomie, mais il croit que le tubage donnera des résultats supérieurs quand on aura perfectionné les instruments qui lui servent. On peut reprocher au tubage les dangers qui résultent : 1° de l'obstruction du tube par les fausses membranes; 2° de l'accumulation dans la trachée des membranes détachées pendant l'introduction du tube; 3° de passage des aliments dans la trachée; 4° de l'arrêt momentané de la respiration pendant l'introduction du tube; 5° de la pénétration du tube dans la trachée; 6° du rejet du tube par un accès de toux.

Les avantages que présentent les instruments qu'il propose sont les suivants : ils donnent à l'air aspiré une ouverture à peu près égale à celle du larynx normal; ils sont relativement courts, ce qui constitue une disposition favorable pour empêcher les fausses membranes détachées de s'accumuler au-dessous; leur forme permet au malade de respirer librement tout en s'opposant à l'entrée des aliments; ils ne peuvent être rejetés par un accès de toux ni pénétrer dans la trachée.

Sajours présente, en outre, un instrument destiné à enlever les fausses membranes de la trachée.

Le Dr F.-H. HOOPER, de Boston, n'a pas d'expérience personnelle à ce sujet, mais il a observé à l'hôpital de Boston un certain nombre de cas. Depuis le mois d'octobre dernier, dix malades ont été traités par le tubage du larynx : il y a eu deux guérisons. Dans un cas, la tentative d'introduction amena du spasme au larynx et l'on fit la trachéotomie. Dans tous les cas la dyspnée fut améliorée. Dans trois cas le tube fut chassé et avalé.

Le D^r BRYSON-DELAVAL fait observer que pour éviter tout danger de suffocation par aliments on pourrait nourrir le malade à l'aide du tube œsophagien.

Le D^r MORRIS J. ASCH dit que parmi les objections les plus sérieuses on doit ranger l'accumulation des fausses membranes au-dessous du tube; elles sont très difficiles à enlever, même par la trachéotomie; il est, en outre, difficile aux praticiens ordinaires de procéder à l'extraction du tube.

Les D^{rs} WOODBRIDGE, de Brooklyn, J. SOLIS-COHEN, de Philadelphie, CHAPMAN, de New-Haven et INGALLS prennent part à la discussion.

Le D^r J. SOLIS-COHEN, décrit **une modification de la laryngectomie** (*A modified laryngectomy*).

Cette modification est applicable aux cas dans lesquels la maladie n'est pas trop étendue; elle présente sur la laryngectomie complète cet avantage de laisser intacte la plus grande partie du cartilage thyroïde, tandis que la portion respiratoire du larynx est enlevée toute entière. La laryngectomie ainsi modifiée présente les avantages suivants : 1^o rapidité, facilité et en même temps sécurité relative pour le malade; 2^o plaie relativement peu étendue; 3^o les ligaments et les muscles les plus importants sont conservés; 4^o la déglutition n'est en aucune façon gênée; 5^o enfin, on conserve un support pour les pièces artificielles destinées à remplacer plus tard le larynx.

Cette opération doit être préférée à la laryngectomie complète, quand la lésion cancéreuse n'est pas trop avancée.

MM. les D^{rs} de Blois, Morgan, Allen, présentent à la Société différents instruments.

Séance du soir.

Le D^r JOHN N. MACKENSIE lit une note sur les **réflexes pathologiques du nez** (*Pathological nasal Reflex*).

Il est hors de doute qu'il existe une relation constante entre les maladies de la muqueuse du nez et celles des autres par-

ties de l'appareil respiratoire et d'autres portions éloignées de l'organisme. La fièvre des foins a été décrite du temps de Galien. Le fait que la titillation de la muqueuse du nez arrête le hoquet est rapporté par Platon. L'action irritante que produit l'odeur des fleurs était connue dès les temps les plus reculés.

Le Dr J. O. ROE, de Rochester, présente une communication sur la **fièvre des foins; analyse d'un certain nombre de cas avec les résultats du traitement** (*Hay fever; Analyze of cases, with Results of treatment*).

Pendant la durée de la dernière saison de la fièvre des foins l'auteur a traité 42 malades. L'étude qu'il en a fait tend à confirmer les idées par lui émises en 1883, en les modifiant cependant sur certains points. Sur ces 42 cas il compte 26 hommes et 16 femmes. Les accès se sont produits du 1^{er} mai au 1^{er} août. Dans tous les cas, les symptômes aiguës ont disparu à la première apparition du froid. Il existait toujours une affection de la muqueuse nasale; les zones de sensibilité ne sont pas exactement localisées, mais elles sont ordinairement plus marquées dans les parties hypertrophiées. Les zones ne siégeaient pas plus spécialement à la partie antérieure des cornets qu'à la partie postérieure. Dans la plupart des cas, la sensibilité était aussi grande sur la cloison que sur les cornets. 31 malades ont eu des accès d'asthme, 12 seulement avaient un tempérament nerveux.

Le méthode de traitement adoptée par l'auteur consiste à ramener les fosses nasales à leur état normal et à détruire les zones sensibles. Les zones doivent être détruites par la cautérisation. Les cautérisations profondes ont été les plus efficaces, tandis que les cautérisations superficielles n'ont produit aucun effet. On doit se préoccuper aussi de l'état du larynx, du pharynx et des bronches. L'hypertrophie des amygdales entretient l'irritation des cornets. L'auteur compte 35 guérisons; 17 malades ont été délivrés des accès pendant une période de une à neuf années; 4 n'ont éprouvé aucune amélioration en raison du traitement imparfait qu'ils ont suivi; 4 ont été perdus de vue.

Voici la conclusion de ce travail :

1^o Tous les cas d'hay fever ont pour point de départ une affection des fosses nasales ;

2^o Une affection quelconque des tissus du nez détermine dans les centres ganglionnaires auxquels elles sont reliées une activité anormale qui détermine les réflexes des autres organes ;

3^o Les zones sensibles du nez ne règnent pas dans une portion déterminée de la cavité. Il n'existe pas de zone dont l'irritation soit susceptible de déterminer les mêmes phénomènes réflexes ;

4^o L'irritation réflexe se produit sur les points qui présentent le moins de résistance. L'irritation d'un même point peut réfléchir tantôt d'un côté tantôt d'un autre.

5^o La maladie du nez peut produire dans les autres parties de l'appareil respiratoire une affection qui peut devenir indépendante de la source de l'irritation ;

6^o La fièvre des foins provient d'une irritation des zones sensibles du nez ;

7^o Elle ne constitue pas, à proprement parler, une névrose. Il n'est pas nécessaire pour qu'elle se produise que la personne ait une constitution névropathique. Elle n'est pas nécessairement associée au tempérament nerveux ;

8^o L'état nerveux que l'on considère souvent comme la cause de la fièvre des foins est souvent le résultat de l'irritation locale ;

9^o Par un traitement sérieux de l'affection des fosses nasales uni au traitement des autres parties de l'appareil respiratoire, qui deviennent des sources secondaires d'irritation, on arrive à guérir la fièvre des foins.

Le Dr SAJOUS, dans la dernière réunion de la Société, a rapporté des cas d'hay fever dans lesquels le traitement galvano caustique ne détermina qu'une amélioration passagère. Cet échec était dû à une cautérisation superficielle, car depuis lors il a guéri ses malades en faisant des cautérisations profondes.

Le Dr MACKENZIE considère l'hay fever comme une névrose (1). Il ne croit pas à l'existence d'une affection des fosses nasales produisant des phénomènes réflexes. Lorsqu'on constate chez un malade atteint des fièvres des foins une affection de la muqueuse du nez, on doit se demander si cette affection est primitive ou secondaire, ou ne constitue qu'une coïncidence. Il existe toujours, d'après lui, une affection plus centrale que la maladie du nez. L'été dernier, dans le traitement de la fièvre des foins, il n'a pas fait d'application locale dans le nez et a obtenu de très bons résultats. Il donne le zinc, la noix vomique, la quinine et l'arsenic à haute dose.

Les Drs KNIGHT, GLASGOW, HOOPER, SOLIS-COHEN, prennent part à la discussion et soutiennent dans une large mesure les idées de Mackenzie. Le Dr ROE termine la discussion.

Le Dr BRYSON-DELANE fait une communication sur le **traitement de la rhinite atrophique par les applications de courant galvanique** (*The treatment of atrophic rhinitis by applications of the galvanic current*).

Il y a quelques années, le Dr E. L. Shurly, de Detroit, recommandait l'emploi de l'électricité dans le traitement de catarrhe sec du pharynx et rappelait des cas dans lesquels l'état du malade s'était beaucoup amélioré à la suite de son emploi. Il conseillait aussi le même traitement dans la rhinite atrophique. Nulle affection n'est plus décourageante pour le médecin et le malade que la rhinite atrophique. Le Dr Delane a fait usage de cette méthode dans quelques cas. Le pôle positif d'une pile à courant constant étant appliqué sur la nuque, on applique sur la muqueuse nasale le pôle

(1) Le Dr John Mackenzie considère l'hay fever comme une névrose, mais il ne nous explique pas comment il se fait que cette affection soit presque inconnue en France où les névropathes ne manquent pas. Les Drs Roe, Sajous, etc., admettent une irritation réflexe produite par une affection du nez, mais comment se fait-il que cette irritation réflexe ne se produit pas chez les Français ou les Allemands qui, pas plus que les Anglais ou les Américains, ne sont exempts d'affections des fosses nasales? (Dr J. CHARAZAC.)

négatif composé d'un électrode en fil de cuivre entouré de coton absorbant. La force du courant employé varie de quatre à sept milliampères. Dans les cas récents, ce mode de traitement donne des résultats très marqués. Il se produit aussi une amélioration dans les cas anciens. La seule objection que l'on puisse faire à cette méthode est le temps considérable qu'exige son emploi.

Le D^r DE BLOIS a fait usage dans deux cas de ce mode de traitement avec un avantage très marqué.

MM. les D^{rs} KNIGHT, ROE, SAJOUS, prennent la parole à propos de cette communication.

Le D^r S.-H. CHAPMANN, de New-Haven, fait quelques remarques sur la **Myalgie du larynx et du pharynx** (*Myalgia of the pharynx and larynx*).

Il appelle l'attention de la Société sur certains états particuliers des muscles du pharynx et du larynx survenant fort souvent à la suite de la malaria, et qui doivent, en raison de leur gravité, attirer l'attention des spécialistes. Les muscles plus gravement atteints sont les pectoraux, les muscles de la déglutition et ceux de la voix.

Le D^r F. I. KNIGHT, de Boston, ouvre la discussion sur les **affections sensorielles de la gorge** (*Sensory affections of the throat*).

Ses études ont surtout porté sur l'hypéresthésie et la paresthésie. Dans l'hypéresthésie, d'ordinaire, on ne s'occupe pas suffisamment de l'état général du malade. Les cas les plus rebelles s'observent chez les sujets alcooliques ou souffrant de troubles digestifs. Ces malades se trouvent bien, d'ordinaire, de la suppression de l'alcool et d'un régime alimentaire bien réglé. La paresthésie s'observe surtout chez les hystériques. Les causes excitantes sont une affection de la gorge. La fatigue, d'ordinaire, exagère les sensations. Quelques observateurs ont noté la paresthésie du larynx comme symptôme précoce de la phtisie laryngée; Knight ne l'a jamais rencontrée. Dans la plupart des cas de paresthésie,

le pronostic est favorable, pourvu que le traitement soit fait soigneusement.

Le Dr W. C. JARVIS, de New-York, a vu un malade qui, depuis plus de deux ans, souffrait d'une douleur siégeant sur un côté de la langue. Il avait eu la syphilis et souffrait, en même temps que de sa névralgie de la langue, d'une névralgie frontale et de douleurs dans d'autres parties du corps. Un autre malade vient régulièrement le consulter, tous les cinq ou six mois, pour une douleur siégeant sur le pilier antérieur droit. Il croit qu'il s'agit, dans ce cas, d'un trouble psychique et qu'il n'existe aucune lésion pour l'expliquer.

Le Dr SAJOUS a vu deux ou trois cas analogues; dans l'un d'eux il existait de la pharyngite granuleuse; la douleur persista après la disparition des lésions.

Le Dr GLASCOW également a vu plusieurs cas de ce genre, qu'il croit pouvoir attribuer à la malaria et aussi à la diathèse goutteuse.

Vendredi 27 mai. — Séance du matin.

Le Dr FRANC-DONALDSON, de Baltimore, lit une note intitulée : **Nouvelles recherches sur les fonctions du recurrent** (*Further researches upon the fonctions of the recurrent laryngeal nerve*):

Dans une précédente réunion il a fait une communication dans laquelle il critiquait les idées du Dr F.-H. Hooper, de Boston. Le Dr Donaldson soutenait que l'action des constricteurs n'est point suspendue dans les cas d'anesthésie profonde ou de perte complète du sentiment par toute autre cause; qu'on n'obtient pas toujours l'abduction par l'irritation du recurrent quand le sujet en expérience a perdu connaissance; que l'abduction n'est pas un acte réflexe et n'est pas sous la dépendance de la perte du sentiment (*unconsciousness*); qu'avec une excitation faible on produit l'abduction, et l'adduction par une excitation plus énergique. Les résultats obtenus sont les mêmes, que l'animal soit plongé dans un sommeil narcotique

- léger ou profond, ou lorsque la moelle a été détruite, ou que l'animal est dans un état de mort partielle; qu'après des excitations énergiques ou longtemps prolongées, les abducteurs cessent de répondre aux excitations.

Ces conclusions de Donaldson ont été vivement critiquées. Les expériences qu'il rapporte dans sa communication ont eu pour objet d'établir l'exactitude de ses vues. Il a montré que l'abduction des cordes vocales peut être obtenue sans éthérisation du sujet (*without ether*) et qu'au point de vue physiologique l'ouverture et la fermeture de la glotte dépendent de l'énergie de l'excitation. Avec une excitation faible on produit l'abduction, tandis qu'avec des stimulants énergiques on obtient l'adduction des cordes vocales.

Le Dr F-H HOOPER, de Boston, lit ensuite une note sur **l'anatomie et la physiologie du nerf récurrent laryngé** (*The anatomy and physiology of the recurrent laryngeal nerve*).

L'anatomie du récurrent est maintenant complète et exacte, mais, jusqu'à une date relativement récente, une grande confusion régnait à son sujet. Pour bien expliquer comment ces nerfs deviennent récurrents, il est nécessaire de commencer cette étude chez l'embryon. La récurrence est due à certaines modifications des arcs branchiaux et à la descente du cœur dans la cage thoracique. A une certaine période de leur développement, les récurrents sont droits, mais ils sont entraînés lors de la descente du cœur. On peut prouver ce fait par la position anormale de ce nerf dans les anomalies des gros vaisseaux qui partent de l'aorte. Ces nerfs (au moins chez les chiens et chez les chats) ne contiennent pas de fibres sensibles.

Le larynx remplit trois fonctions principales avec l'aide de trois groupes musculaires distincts, tous innervés par les récurrents. Ces fonctions sont : 1° la respiration; 2° l'occlusion (sphincter action) qui empêche les corps étrangers de pénétrer dans le larynx et joue un rôle important dans leur expulsion; 3° la phonation.

L'excitation des récurrents produit l'adduction chez certains animaux (chiens), l'abduction chez d'autres. On n'a fait chez l'homme qu'un petit nombre d'expériences : elles sembleraient démontrer que l'excitation détermine l'occlusion de l'orifice glottique, sous l'influence de l'éther ou du sommeil narcotique profond; l'excitation du récurrent chez les chiens, produit l'ouverture de la glotte. L'auteur rapporte 312 expériences; quelques-uns de ces animaux étaient soumis à l'influence du chloral, du chloroforme, de la morphine ou de l'éther. Dans l'anesthésie par l'éther, de faibles excitations produisaient la dilatation, tandis qu'on ne pouvait obtenir aucune contraction avec des excitants énergiques. Quand les chiens commencent à en ressentir l'influence, on ne peut produire la dilatation quel que soit le courant employé, tandis que la contraction se produit avec des courants dont l'intensité décroît à mesure que l'influence de l'éther cesse de se faire sentir. Dans un cas, l'auteur a observé des effets identiques à la suite de l'usage de la morphine à haute dose. A la suite de petites doses d'éther, l'excitation produit deux effets différents : d'abord la vibration (vibration), ensuite l'occlusion. Lorsqu'on donne l'éther à haute dose, il se produit quatre effets distincts suivant l'intensité de l'excitation : la vibration, la dilatation complète, des mouvements mixtes, l'occlusion. L'excitation à la suite de l'emploi de petites doses de morphine, de chloral et de chloroforme, produit les mêmes effets qu'avec l'éther à petites doses.

Le D^r KNIGHT dit que les résultats obtenus chez divers animaux ont été si différents, à la suite des différences de poids, de taille, etc., qu'on ne doit appliquer les résultats à l'homme qu'avec la plus grande réserve.

Le D^r J. W. LANGMAID, de Boston, dit que dans une expérience récente du D^r Hooper, le crâne avait été trépané et l'insensibilité obtenue par la compression de la substance corticale. Dans ce cas, l'excitation du récurrent produisit une dilatation très marquée.

Le D^r M. ALLEN STARR, de New-York, a vu récemment

à Paris des expériences d'hypnotisme faites par Charcot. Tout le monde sait que, dans cet état, une légère percussion d'un nerf amène une contraction du muscle qu'il innerve. Dans un de ces cas, un choc léger porté sur le récurrent, au-dessous du larynx, amena un tel rapprochement des cordes vocales, qu'on en vint à se demander si la trachéotomie ne serait pas nécessaire.

Le Dr HOOPER a fait un grand nombre d'expériences d'après la méthode du Dr Donaldson. Elles ne lui ont donné aucun résultat.

Séance du soir.

Le Dr WILLIAM GLASGOW fait une communication sur **quelques moyens de calmer les céphalalgies congestives** (*Certain measures for the relief of congestive headaches*).

Les symptômes les plus pénibles sont : la douleur et une sensation de constriction frontale. Si l'on analyse les sensations douloureuses, on constate qu'elles sont des deux ordres. Le malade ressent une sensation de plénitude dans le crâne et parfois un battement à la tempe. En second lieu, une douleur lancinante, si généralement connue comme constituant la névralgie.

Les deux variétés sont parfois associées l'une à l'autre. Dans la première il existe de la congestion des vaisseaux, dans la seconde un désordre nerveux.

Les deux variétés sont dues souvent à un même état pathologique des cavités nasales. Pendant la durée de la céphalalgie congestive, si l'on pratique l'examen des formes nasales, on constate un état de tension et de plénitude des corps caverneux du nez. La méthode de traitement qu'il a adopté, dans ces dernières années consiste dans une saignée locale. Il n'est pas nécessaire d'employer le bistouri, une aiguille est suffisante. Dans bon nombre de cas l'amélioration est instantanée. On peut répéter l'opération une ou deux fois par mois. L'auteur a vu des cas dans lesquels la guérison est

devenue permanente et n'a pas exigée que l'opération fut répétée plus de cinq ou six fois.

Le malade perd rarement plus de trente grammes de sang. L'auteur rapporte un grand nombre d'observations à l'appui.

Le D^r MACKENZIE constate que la précédente communication tend à démontrer quelques unes de ses idées relatives au gonflement des cornets pendant la période menstruelle. Il croit que bon nombre de céphalalgies qui surviennent à l'époque des règles sont dues à la congestion des cornets.

Il y a de cela quelques années, il conseillait, dans les cas de coryza aigu, une incision des cornets avec un bistouri à pointe très aiguë.

Le D^r RICE, de New-Work, dit que ses expériences diffèrent un peu de celle de l'auteur. Dans les cas d'hypertrophie des cornets il n'a jamais eu d'écoulement de sang.

MM. les D^r HARRISON, ALLEN, SAJOUS, BOSWORTH, prennent part à la discussion..

Le D^r GLASGOW la termine en faisant observer qu'il n'est pas question d'hypertrophie des cornets et n'a jamais recommandé la saignée dans ce cas. La plénitude des sinus caverneux indique simplement un état de réplétion des sinus frontaux, mais n'en constitue pas la cause. S'il prend du sang sur les cornets, c'est par ce que c'est le point qui lui a paru le plus favorable.

D^r J. CHARAZAC.

(A suivre).

COMPTE RENDU DU 4^e CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ITALIENNE

TENU A GÈNES DU 4 AU 7 AVRIL 1887

Présidence de M. Caselli

1^o M. DE ROSSI (de Rome). — **Des polypes fibreux naso-pharyngiens.**

Le rapporteur parle surtout de la littérature, de l'impor-

tance, et enfin de l'opération de ces polypes. Il recommande l'emploi de l'électrolyse, qui, toujours, lui a donné de bons résultats. Il admet que chez les femmes on n'observe pas ces polypes et que leur développement s'arrête après l'âge de 26 ans. La même remarque a été faite par Legouest et Gosselin et c'est pour cela qu'on a même observé des guérisons spontanées.

Dans la discussion, M. DURANTE (de Rome) admet un arrêt de développement des polypes, mais il nie la guérison sans l'extirpation complète. Il ne doute pas de l'avantage de l'électrolyse.

MM. MONTENOVESI et PACI assurent avoir observé ces polypes même chez la femme.

M. DE ROSSI garde son opinion et croit que le traitement radical, en général, n'amène pas à la guérison.

2° M. CASELLI (de Gênes). — De la trachéotomie et d'un nouveau trachéotome.

Il fait observer qu'aujourd'hui, pour ouvrir la trachée et y pénétrer rapidement — deux points capitaux dans chaque trachéotomie — on est dépourvu d'instruments suffisants. Il les énumère et en fait la critique. Enfin, il montre son nouveau trachéotome et il en décrit l'emploi. Autrefois, sur 132 malades trachéotomisés par l'auteur, 50 sont morts; après l'emploi de son instrument, sur 18 patients, 3 sont morts et 13 guéris.

M. NOVARO (de Turin) s'étonne des succès extraordinaires de l'auteur. La statistique qu'il rapporte est la plus favorable qu'il connaisse jusqu'à présent; mais, selon lui, ces avantages ne sont pas dus seulement à l'emploi du nouveau trachéotome.

M. DE ROSSI (de Rome). — Tumeurs malignes de l'apophyse mastoïde.

Il rapporte deux cas opérés par lui sans succès. Dans le second, il s'agissait d'un épithélioma primitif des cellules

mastoïdiennes. Tel fut le diagnostic fait par lui, et il en énumère les raisons.

Il ajoute que les glandes de la région stéreno-cleido-mastoïdienne du même côté étaient tuméfiées et que l'une d'entre elles avait été extirpée pour établir le diagnostic. L'autopsie confirma la diagnose d'épithélioma avec diffusion intracrânienne.

Dans la discussion, M. D'ANTONA (de Naples) fait observer à M. DE ROSSI que les caractères allégués par lui ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic sur le point d'origine de la tumeur),

M. DURANTE approuve les idées de M. D'ANTONA.

M. BOTTINI (de Pavie) demande des détails sur l'examen histologique et conteste au chirurgien le droit d'extirper des organes dans un but diagnostique.

M. DE ROSSI répond que pour les caractères cliniques et isthologiques, il est bien convaincu du diagnostic. Il affirme que, grâce à la muqueuse qui revêt les cellules mastoïdes, l'origine d'un épithélioma est bien possible. Enfin, l'extirpation d'une glande peut être permise, comme on permet la laparatomie dans un but diagnostique. Dr F. CARDONE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la Diphtérie Par M. le Dr V. COZZOLINO (1).

Sous ce titre, l'auteur a publié un ouvrage, dont le résumé avait été déjà donné, il y a peu de temps, et la *Revue* ne manqua pas d'en donner un aperçu (voir n° 4 p. 206). Le premier volume, qui embrasse diverses parties du sujet, sera bientôt suivi du second. C... établit en principe une statistique et en arrive à conclure que la diphtérie, tant en Italie que dans le reste de l'Europe, a fait beaucoup de progrès dans ces dernières années; il attribue ce fait au manque absolu d'hygiène dans la diphtérie.

(1) Naples 1887.

Il envisage la diphtérie au point de vue des saisons, de l'âge, du sexe et des conditions sociales, et nous indique l'état de la science sur ce sujet.

D'autres chapitres sont destinés à la biologie clinique du virus diphtérique pathogénique parasitaire en général, et à celle de la diphtérie en particulier.

Depuis Bretonneau et Trousseau jusqu'à Klebs et Loeffler, toutes les opinions des auteurs sur l'étiologie de cette affection sont exposées aussi brièvement que possible. Cozzolino est absolument d'avis que la diphtérie est une affection d'origine parasitaire et qu'elle est due au micrococcus de Klebs et de Loeffler. Il ajoute même que l'italien Atto Rigri avait déjà remarqué, dans tous les cas analogues, un *criptogama ramosa*, qu'il envisageait comme la cause de la diphtérie. Aussi nous propose-t-il d'appeler *Bacillus Rigri* ce qui est connu sous le nom de Klebs et Loeffler. Cette opinion serait acceptable à la condition où l'auteur pourrait nous démontrer que le cryptogame de M. Rigri et le coccus de Klebs sont identiques.

Relativement à l'origine du diphtérique, C... conclut que la diphtérie est transmise à l'homme non seulement par les volailles, mais aussi par les chiens, les vaches et les cochons. Il nie absolument toute autre espèce d'étiologie.

Enfin, il traite de l'hygiène publique et privée dans la diphtérie. Il indique toutes les mesures hygiéniques que l'on doit observer pour empêcher le développement du virus diphtérique.

D^r F. CARDONE.

Des Fistules congénitales du cou (Fistules branchiales).

Par le Dr SATURNINO GUZMAN.

Dans le premier chapitre de sa thèse, le Dr Guzman commence par dire ce qu'on doit entendre par fistules congénitales du cou et en donne une définition très claire. Il fait ensuite l'historique de la question et montre qu'il faut arriver jusqu'en 1864 pour voir Heusinger fournir une explication exacte de la pathogénie de ces fistules. En 1866, sous l'inspiration de Nelaton, Demoulin fait sur ce sujet sa thèse

inaugurale et montre, grâce à l'examen histologique, fait par le professeur Robin, la disposition congénitale de ces fistules.

L'auteur, dans son deuxième chapitre, rappelle qu'il ne faut pas confondre avec les fistules congénitales du cou, l'hygroma sous-hyoïdien, et, à ce propos, il signale l'erreur où était tombé Nélaton avec sa théorie de la grenouillette sous-hyoïdienne. Il rejette encore la théorie de l'hétérotopie de Lebert pour se rallier entièrement à la théorie embryogénique. Après avoir fait l'embryologie de l'appareil branchial, il montre comment, avec les notions fournies par cette étude, on est en mesure d'interpréter la pathogénie des fistules du cou, et comment, par suite d'arrêts de développement, on pourra se trouver en présence soit d'une fistule médiane, soit d'une fistule complète, soit d'une fistule borgne interne ou externe. Il explique encore comment peuvent se produire les kystes superficiels ou profonds, cutanés ou muqueux, et comment, à leur tour, ceux-ci peuvent donner naissance aux fistules. C'est encore grâce à l'embryogénie que se comprennent les vices de conformation de l'oreille, accompagnant ces fistules.

L'hérédité joue un grand rôle dans la production de ces fistules. Si on les rencontre plus fréquemment dans la race Saxonne qu'en France, il ne faudrait voir là qu'un défaut d'observation chez nous. L'auteur, en même temps, prend soin de nous venger de l'injuste ignorance où Fischer nous accuse d'être demeurés, relativement à leur existence, jusqu'en 1868.

C'est à l'étude anatomo-pathologique de ces fistules que M. Guzman consacre le troisième chapitre de sa thèse. Il leur distingue deux sortes de caractères : 1° macroscopiques ; 2° microscopiques.

Au point de vue macroscopique, il divise les fistules en deux classes : A) Fistules congénitales primitives ; B) Fistules congénitales secondaires à un kyste branchial. Les premières peuvent être complètes, borgnes internes ou borgnes externes.

Les secondes peuvent être borgnes internes et, en s'ouvrant

une voie à l'extérieur, devenir complètes. Les unes et les autres offrent à l'étude un orifice externe, un trajet et un orifice interne, qu'il décrit soigneusement.

L'examen microscopique montre que ces fistules sont composées : 1° d'une couche externe fibro-élastique; 2° d'une couche interne contenant de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles et de l'épithélium pavimenteux stratifié. Cette dernière couche serait très vasculaire et on y rencontrerait parfois tous les éléments constitutifs de la peau. Quant au liquide de sécrétion, sa couleur, sa consistance et son aspect, peuvent varier suivant la proportion relative des éléments qu'on y rencontre.

La symptomatologie et le diagnostic des fistules font l'objet du quatrième chapitre. Les symptômes objectifs ayant été relatés dans l'anatomie pathologique, il s'attache à fournir les symptômes fonctionnels. Ce sont : une indolence spontanée de la fistule et de la douleur lors de l'exploration. Un écoulement continu ou intermittent du liquide variant avec la fréquence des mouvements de déglutition. Le diagnostic sera fourni par les caractères du liquide, par la situation des orifices de la fistule, par l'examen du conduit. C'est au moyen de liquides colorés, de substances sapides, du cathétérisme, d'issue par l'orifice externe de substances alimentaires, que pourront être reconnues les fistules complètes. Le laryngoscope et le pharyngoscope pourront être également d'un utile emploi.

Bien que très controversée et d'un diagnostic difficile, l'existence des fistules borgnes internes est pourtant admise par l'auteur qui voit là « l'explication de ces faits dans lesquels une fistule complète a été précédée par une tumeur kystique en communication avec le pharynx. » Les fistules secondaires aux kystes n'offriraient guère de caractères spéciaux. Le diagnostic des kystes est important au point de vue de leur extirpation. Il sera parfois assez difficile d'en faire le diagnostic avec les autres kystes de la même région; on devra alors constater leur mobilité, l'existence d'un pédicule, et, par dessus tout, en examiner soigneusement le contenu. Un

simple examen suffira pour établir un diagnostic différentiel entre les fistules congénitales et les nombreuses fistules de tout genre qui pourraient se montrer à ce niveau.

Bénignes en général, les fistules congénitales réclament néanmoins l'intervention, par suite de la gêne qu'elles procurent et des difformités qu'elles occasionnent. Elles peuvent cependant s'accompagner de troubles auditifs et respiratoires, de dysphagie et de lésions pulmonaires. Force est aussi d'avouer que si l'on voit des fistules guérir spontanément ou céder facilement à l'intervention opératoire, il en est d'autres qui, par leur résistance au traitement, font à la fois le désespoir du patient et du médecin.

Le traitement des fistules congénitales du cou a subi de nombreuses fluctuations; à côté des chirurgiens qui se prononcent radicalement pour la non-intervention, nous en voyons d'autres qui, très timorés encore, n'osent agir que dans certains cas bien déterminés. Les fistules complètes ont toujours été traitées avec beaucoup de prudence et de réserve à cause des accidents auxquels on a vu donner lieu la fermeture spontanée et passagère de leur orifice externe. En Allemagne, on respecte complètement ces fistules. L'avis de l'auteur est que ces fistules doivent être traitées, (chez les enfants exceptés), par les injections iodées. Quant aux fistules borgnes externes, il les croit, lorsqu'elles ne dépassent pas trois centimètres, justiciables du traitement par l'électrolyse, suivant la méthode du professeur Le Fort; si celle-ci échoue, et dans tous les autres cas, excision du trajet fistuleux, curage de la plaie (procédé Trélat), devront être employés. Enfin, s'il s'agit d'une fistule borgne interne menaçant de s'abcéder, faire une ouverture externe et traiter comme une fistule complète.

Quinze observations, dont deux personnelles, et quatre pages d'une bibliographie soignée, terminent la thèse inaugurale de M. Guzman (*Thèse*, Paris, 1886, n° 184). M. NATIER.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Kyste branchial siégeant au-dessus du pavillon de l'oreille droite, par le Dr CHAPOTOT.

Une femme de vingt-neuf ans avait vu, dix ans auparavant, au début d'une première grossesse, apparaître une petite tumeur au-dessus de l'oreille droite. La tumeur subit une augmentation de volume à l'occasion de deux nouvelles couches; période stationnaire de six ans. Le néoplasme mesure dans son plus grand diamètre 4 centimètres; il est fluctuante, sans adhérences à la peau qui le recouvre et paraît s'attacher en arrière à la conque, en avant, au point de réunion de l'hélix et de l'anthélix par une base large et profonde. M. Poncet, dans le service duquel était la malade, porta le diagnostic de kyste dermoïde, se basant en cela sur les affirmations de la mère qui aurait vu, dès l'âge de huit mois, une petite grosseur occupant le siège de la tumeur actuelle. C'est là un fait très rare en tant que siège du kyste branchial; l'auteur signale en même temps l'influence des premières grossesses sur le développement du kyste.

Dans des cas analogues, alors qu'il est impossible d'enlever dans son entier la poche kystique, M. Poncet juge suffisante pour une guérison durable, une ablation partielle avec modification de la portion restante de la poche. (*Lyon méd.*, 9 mai 1886, n° 19.)

M. N.

Les injections d'éther iodoformé dans les hématomes de l'oreille, par le Dr A. LEBRUN.

Divers procédés ont été employés dans le traitement des hématomes de l'oreille : les uns ouvrent largement la poche, d'autres se bornent à la ponction simple ou à l'application d'un petit séton. Follin applique d'abord des compresses résolutives, et si ce moyen échoue, il pratique quelques ponctions. M. A. Lebrun, qui a mis en usage la méthode de Follin, prétend n'avoir jamais, de la sorte, obtenu de guérison; les autres procédés sont d'une longueur désespérante. Se basant alors sur

l'action résolutive de l'iodoforme, l'auteur a songé à l'employer en injections pour traiter les hématomes. Après avoir vidé le petit kyste par aspiration, il injecte dans la poche un gramme d'iodoforme; simplifiant encore, il a injecté, sans ponction préalable, une solution d'éther iodoformé dans la tumeur. Dans le premier cas, la guérison est survenue rapidement; dans le second, au contraire, il a fallu plus de vingt jours pour l'obtenir. (*La clinique*, n° 6, 10 fév. 1887.) M. N.

Considérations sur les écoulements d'oreille,

par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

A la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, à propos d'un cas de méningite otitique, récemment observé par lui, le Dr J. Charazac attire l'attention de ses collègues sur la question de l'otorrhée que bon nombre de praticiens considèrent encore comme une affection que l'on peut négliger sans danger, lorsqu'elle n'est pas pour le malade un exutoire salutaire pour les humeurs.

Rappelant les rapports anatomiques de l'oreille avec les organes importants contenus dans la boîte crânienne (méninges, sinus, cerveau) il démontre ce fait, bien connu de tous les otologistes, qu'une otorrhée légère, peut, à un moment donné, amener de graves complications et la mort du malade. (*Revue méd. de Toulouse*, 1^{er} mars 1887.)

Papillomes multiples inflammatoires du conduit et du pavillon, etc. (*Papillomi multipli inflammatorii del condotto e del padiglione dell'orecchio*, etc. Par le Dr F. FELICI.

Femme de soixante-six ans, paysanne, ayant souffert pendant treize ans d'otite moyenne suppurée à droite, sans s'être jamais traitée. Mais l'inflammation chronique, la surdité complète de l'oreille droite et une vive douleur résultant d'une ulcération superficielle, la poussèrent à venir se faire traiter à l'hôpital clinique.

Un examen minutieux révéla les faits suivants : occlusion complète du conduit auditif et de la conque du pavillon, due à un tissu granuleux, riche en vaisseaux saillants, sur le

derme ulcéré. On constate en même temps de la périchondrite du conduit, une congestion interne et une dureté notable du pavillon, douleurs locales, ulcération saignante dans la partie supérieure de la tumeur, et absence complète de l'ouïe.

La tumeur, dans son ensemble, ressemblait à un épithélioma partant du fond du conduit auditif. Et cette opinion paraissait d'autant plus vraisemblable, si on tenait compte de l'âge avancé du sujet, de son état anémique et de la dureté assez considérable des ganglions cervicaux.

Mais le traitement chirurgical, raclage de la tumeur du pavillon, du conduit et de la caisse du tympan, injection d'une solution concentrée d'alcool et acide borique, etc., etc., guérirent la malade et lui permirent d'entendre.

L'examen microscopique de la tumeur révéla qu'il s'agissait bien de papilles hypertrophiques et dégénérées, et le diagnostic fut ainsi confirmé (*Bollettino delle malattie della gola, dell' orecchio*, etc., an. V, n° 2, Florence, 1887).

D^r F. CARDONE.

Remarque sur un cas d'abcès cérébral consécutif à une otite, traité avec succès par la trépanation (*Remarks on a case of cerebral abscess with otitis, successfully treated by operation*) par le Dr W. S. Greenfield.

Il n'existe dans la science que trois cas rapportés par Gowers et Barker, Schondorff, Trückenbrod, d'abcès cérébral d'origine otitique, guéri par la trépanation. M. Greenfield en rapporte un quatrième.

W. H..., ouvrier, vingt-six ans, est apporté à l'infirmerie d'Edimbourg dans un état semi-comateux, le 31 décembre 1886. Deux mois et demi auparavant, il avait eu, au dire d'un de ses amis, une otite moyenne avec surdité à gauche (le malade a, depuis, nié ce fait) qui avait disparu, et le malade avait pu reprendre son travail, lorsque, quinze jours plus tard, il ressentit de vives douleurs de tête; il devint triste et abattu. Constipations, vomissements qui deviennent de plus en plus fréquents. A la céphalalgie succéda un état de somnolence. Pas d'antécédents personnels en dehors d'une scarlatine lorsqu'il était enfant.

A son entrée à l'infirmerie, le malade est très pâle, plongé dans la torpeur, paupières closes et bouche ouverte. Parole lente mais très intelligible. Il se plaint de céphalalgie, mais elles sont moins fortes qu'avant son entrée. Abdomen retractoré; n'est pas douloureux à la pression. Température : 97°; pouls, 68, légèrement irrégulier; respiration 20, elle est facile; cœur et poumons sains. Pas de délire.

Le Dr Mc Bride constate une petite perforation sur le tympan gauche. Oreille droite normale. L'état du malade s'étant aggravé, M. Greenfield décide de pratiquer la trépanation, au niveau du siège supposé de l'abcès cérébral (ce fut le diagnostic porté), à savoir sur la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal gauche.

On choisit pour pratiquer la trépanation la région temporale; on fait une incision verticale d'environ deux pouces et demi de largeur, les fibres du temporal sont divisées, le périoste soulevé, et l'opérateur applique une couronne de trépan à une distance d'environ un pouce et quart en arrière de l'angle externe de l'apophyse zygomatique, à un pouce environ au-dessous de l'arcade. La dure-mère, mise à nu, fut incisée, puis un couteau de Græfe introduit dans la plaie à la recherche de l'abcès cérébral. Une grande quantité de pus fétide sortit aussitôt de l'incision. On introduit un drain dans la plaie, et l'on fait un pansement antiseptique. Le malade fut opéré le 8 janvier. A partir du jour de l'opération l'état du malade ne cesse de s'améliorer et, le 30 janvier, il peut quitter le lit. Le 7 février le malade partait guéri.

L'auteur fait suivre cette remarquable observation de quelques considérations sur le diagnostic et le traitement. Le diagnostic fut fait par la similitude des symptômes que présentait le malade avec les cas analogues déjà publiés et aussi par exclusion. (*The Brit. Med. jour.*, 12 février 1887).

Dr J. CH.

Otite moyenne suppurée, complications cérébrales,
par le Dr BOULENGIER.

M. Boulengier ayant présenté les pièces anatomiques de deux cas d'otite moyenne purulente, compliqués tous deux de

méningite qui ontemporé les malades, conclut en disant que, dans ces cas, les simples lavages sont insuffisants et que la trépanation, conformément aux préceptes de Politzer, paraît indiquée. Aux observations de ses collègues qui demandent avant de recourir à la trépanation qu'on établisse l'existence de signes cliniques comme point de repère, il répond que les indications de la trépanation, sont : 1^o douleurs localisées et opiniâtres; 2^o abcès sous-cutané ou gonflement de l'apophyse mastoïde, (*Société d'anat. patho. de Bruxelles*, 9 janv. 1887; *La Clinique*, 13 janv., n^o 2, et in *Extensio Presse Méd. Belge.*, n^o 5 et 8, 1887.)

M. NATIER.

Vomissements persistants, cause de troubles du côté de l'oreille (*Persistent vomitives as a cause of ear troubles*, par le Dr CH. ALKIN.

Un premier malade, atteint d'un cancer de l'estomac à la suite de vomissements par les bronches et les fosses nasales, éprouva une sensation de plénitude dans l'oreille droite avec diminution de l'ouïe, bourdonnements (bruit du pouls) et autophonie, tympan normal.

Un second, ataxique, sujet à de violentes crises gastriques, devient sourd, tympan sain; l'insufflation par la méthode de Politzer ne donne pas de résultat, cependant le diapason révèle qu'il s'agit d'une lésion de l'appareil de transmission. Quelques semaines plus tard, il existait une perforation sur chaque tympan et le malade entendait beaucoup mieux. L'auteur croit que, dans ces cas, les crises gastriques ont influé sur le développement de la maladie d'oreille (*The Brit., Med. Journ.* 12 février 1887).

Dr J. CH.

Un cas de surdité verbale (*Un caso di sordit  verbale*) par M. le professeur L. BIANCHI.

L'A., tenant compte de plusieurs points encore contestés de la physiologie pathologique de la surdité verbale, indique tous les avantages qu'il a su tirer de la méthode pédagogique employée dans un but thérapeutique, en utilisant toutes les impressions optiques (sauf les verbales), tactiles, gustatives, etc., dont l'intégrité était bien manifeste. L'A. a su tirer

même parti de la possibilité où se trouvait le patient de pouvoir écouter des monosyllabes et des bisyllabes pour en venir à son but, c'est-à-dire pour lui faciliter la juste compréhension des mots et des objets environnants. (*Progresso medico*, an. I, n° 1 à 4, Naples, 1887.) D^r F. CARDONE.

L'essence de térébenthine dans différents cas de fistule, carie du rocher et ozène des scrofuleux, par le D^r CECCHINI.

Quatre malades atteints de carie du rocher, bilatérale dans deux cas, guérissent complètement en trois ou quatre mois. Dans ces cas, le D^r Cecchini commença par prudence à n'injecter que quelques gouttes. Puis, les phénomènes de la réaction n'ayant rien d'effrayant, il procéda plus courageusement et obtint rapidement une grande amélioration, puis la guérison.

Encouragé par ces résultats, le D^r G. Malacrida essaya du même remède dans un cas d'ozène chez une fillette de dix ans, scrofuleuse. L'ozène datait de longtemps et avait résisté à tous les moyens employés en pareil cas.

Après une douche nasale d'eau salée à laquelle l'enfant était déjà habituée, il sécha les fosses nasales et introduisit dans chacune d'elles un petit tampon de coton imbibé de quelques gouttes d'essence de térébenthine. Le lendemain, l'odeur avait presque complètement disparu, mais l'enfant se plaignait d'un vif sentiment de brûlure dans le nez et les conjonctives. Nouvelle douche et réapplication du médicament en prenant la précaution d'enrober le tampon dans une couche légère de coton sec, afin de diminuer l'action irritante sur la muqueuse.

Le traitement continué de cette façon pendant une semaine fit disparaître complètement l'odeur, et les douches ne ramenaient plus que quelques petites masses verdâtres et épaisses. La guérison s'est maintenue. Depuis, l'auteur a guéri par ce traitement cinq ou six cas semblables; la durée du traitement ne dépasse pas un mois. (*Il Morgagni*, 1886, 6 et *Bull. gén. de thérapeutique*, 15 juin 1886.) D^r J. CH.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales, par le Dr Luc, ancien interne des hôpitaux.

Sur 19 cas de polypes muqueux de fosses nasales qu'il a eus à traiter, le docteur Luc a remarqué que son plus jeune malade avait dix-huit ans, et sa plus vieille, soixante-neuf ans. Il croit la récurrence d'autant plus fréquente que les sujets sont moins âgés.

Chez deux malades, les polypes étaient implantés sur la cloison, siège très rare. Dans le premier cas, on avait cru à une tumeur maligne, et, dans le second, il existait une perforation de la cloison que M. Luc veut bien considérer comme due à l'irritation de la muqueuse par les ongles de la malade, suivant l'explication déjà donnée dans cette *Revue*, par Schmiegelow.

Relativement à la conduite à suivre dans le traitement opératoire des polypes muqueux des fosses nasales, les conclusions auxquelles arrive l'auteur, sont que : l'extirpation d'un polype muqueux, siégeant à l'entrée d'une fosse nasale, est une opération des plus simples : *L'important, et en même temps le difficile, consiste à tout enlever et à prévenir la récurrence*. Le premier ordre de difficultés sera vaincu par l'habileté plus ou moins grande de l'opérateur. Quant au second point, il rappelle en terminant que l'on arrivera à prévenir la récurrence par des séances opératoires rapprochées et la cautérisation ignée des points d'implantation. (Communication à la *Société de Méd. de Paris*, séance du 27 novembre 1886, in *Union Méd.*, 12 février 1887, n° 20). M. N.

Un cas de rhinolith (*A case of rhinolith*, par le Dr A. CLAY

Le calcul nasal fut extrait de la narine droite d'un malade âgé de quarante-sept ans. Il avait occasionné de vives douleurs de tête et un développement considérable du côté de la narine droite. Il avait la forme d'un triangle isocèle, sa surface était rugueuse et très irrégulière. Il s'était développé autour d'un noyau de cerise (*The Brit. Méd. Journ.* 12 février 1887).

Dr J. CH.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Bénard.** — Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale superficielle, etc. (*Ann. de la Soc. d'hydr. méd. de Paris*, T. XXXII, 4 et 5^e liv., 1887).
- Boutard.** — Note sur un cas d'éruption pharyngée dans la varicelle (*La Normandie méd.*, 15 juin 1887).
- Brown (B.).** — Erysipèle du pharynx et du larynx à l'état épidémique et sporadique (*Journ. of the amer. med. assoc.*, 2 juill. 1887, p. 14).
- Bryant.** — Sarcome du maxillaire développé après une suppuration prolongée de l'antre d'Higmore (*The Lancet*, 18 juin 1887).
- Bryson-Delavan.** — Sept cas de tuberculose buccale avec remarques sur les ulcérations tub. de la langue (*The N.-Y. med Journ.*, 14 mai 1887).
- Callender** — Macroglossie (*Harveian Soc. of London*, 17 mai 1887).
- Campana.** — Une variété d'herpès buccal (*R. acad. méd. Gênes*, in *Gazzetta degli Ospitali.*, an VIII, n° 44, Milan 1887).
- Canalis.** — Scission des cellules mucipares dans la glande sous-maxillaire du chien (*Rev. académique m. de Turin*, d'après la *Riforma med.*, an III, n° 144, 1887).
- Cardone.** — Myxome papillaire de la cavité buccale chez un enfant (*Arch. ital. di laring. ofax.*, 3 juillet 1887).
- Clutton.** — Opération d'une division de la voûte palatine chez un enfant de 12 mois (*The Lancet*, 4 juin p. 1133, 1887).
- Coën (R.).** — Les maladies de la luette et leur influence sur la voix et la parole (*Wien. med. Presse*, 19 juin 1887, n° 25, p. 870 u. 26 juin, n° 25, p. 904).
- Davies (J.-T.).** — Erysipèle du pharynx (*Saint-Louis, Cour. méd.*, avril 1887).
- Descroizilles.** — Stomatite ulcéro-membraneuse (*Gaz. des Hôp.*, 7 juillet 1887).
- Dunott.** — Hypertrophie de la langue, macroglossie (*Amer surg., assoc.* du 11 au 14 mai, in *the med. Rec. N.-Y.*, 4 juin 1887).
- Ferré.** — Sur un cas de pharyngo-mycose (*Soc. anat. de Bordeaux*, in *Journ. de méd. de Bord.*, 17 juillet 1887).
- Fusi.** — Kyste sous-lingual (*Gazzetta med. de Torino*, an XXXVIII, Turin, 25 juin 1887).
- Gaduchau.** — Chancres syphilitique de l'amygdale (*Soc. de méd. de Nantes*, 3 juin in *Gaz. méd. de N.*, 6 juin 1887).
- Gallozi (C.).** — Un cas d'hypertrophie de la langue (*Acad. méd. chir. de Naples dans les Incurabilités*, an II, n° 11, Naples 1887).
- Garcia (L.-L.).** — Polype du pharynx (*El siglo médico*, 17 juillet 1887, p. 459).
- Gorsuch.** — Incision des amygdales (*Corresp. de The Lancet*, 11 juin 1887).
- Gray Croly (H.).** — Sarcome de l'amygdale (*Acad. of med. in Ireland*, in *The Lancet*, 18 juin 1887).
- Green.** — Remarques sur le traitement de l'amygdalite chez les enfants (*Brit. med. Journ.*, 28 mai 1887).

- Guillaubert.** — De l'inflammation de la luette et de son excision (*Le Courr. méd.*, 28 mai 1887).
- Heurtaux.** — Tumeur épithéliale du plancher de la bouche. Fibro-sarcome du maxil. inf. (*Soc. Anatom. de Nantes, in Gaz. méd. de N.*, 9 juin 1887).
- Hutchinson (J.).** — Sur une forme d'inflammation des lèvres et de la bouche (*The Lancet*, 18 juin 1887, p. 4233).
- Jessett (F.).** — Sarcome myéloïde enveloppant les deux maxillaires supérieurs, le voile et la voûte du palais (*The Lancet*, 28 mai 1887).
- Kilner Clarke.** — Ablation de la langue au moyen de l'écraseur galvanique (*Pror. med. Journ.*, 1^{er} mars 1887).
- Kinnier (D.-F.).** — Eruption circonscrite de la langue, etc (*Journ. Cutan. et Genito-Urin. Dis. N.-Y.*, 1887, p. 56-59).
- Leloir.** — Recherches sur la nature et l'anat. pathol. de la leucoplasie buccale (*Acad. des Sc.*, 13 juin 1887).
- Lindemann (M.).** — Deux cas rares d'affections de l'estomac liées à des lésions œsophagiennes (*Münsch. med. Woch.*, 28 juin 1887, n° 26, p. 493).
- Marchant (G.).** — Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal (*Soc. Anat.*, Paris 19 nov. 1886, in *Progr. méd.*, 4 et 11 juin 1887).
- Martel (E.).** — Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée (*Rev. internat. des Sc. méd.*, n° 3, 31 mai 1887).
- Masucci.** — Sclérose syphilitique primitive de l'amygdale (*Arch. internaz. de laryng.*, etc., fasc. I et II, 1887).
- Pel (P.-K.).** — Un cas d'hémiatrophie de la langue avec paralysie du côté gauche du voile du palais, etc. (*Berl. Klin. Wochensh.*, 18 juillet, 1887, p. 521).
- Poncet.** — Epithélioma du plancher de la bouche (*Soc. des Sc. méd.*, Lyon, 11 mai 1887).
- Roth (Wilh.).** — Néoplasme piliforme de la langue (*Wien. med. Presse*, 26 juin 1887, n° 26, p. 897, u. 3 juillet, n° 27, p. 933).
- Rovira y Oliver.** — Amygdalite simple et bicarbonate de soude (*Gaceta méd. Catal.*, n° 7, in *Journ. of Laryng.*, juin 1887, n° 6, p. 207).
- Ruault.** — Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes (*Union méd.*, 26 mai 1887).
- Sands.** — Hémorrhagie après l'amygdalotomie, guérison après la ligature de la carotide primitive (*N.-Y. surg. soc.*, 11 mai, in *Méd. News*, 28 mai 1887).
- Schwabach.** — A propos de la bourse pharyngée (*Deuts. med. Woch.*, 30 juin 1887, n° 26, p. 578).
- Sevestre.** — Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse (*Journ. de méd. et chirurg.*, juin 1887).
- Smurra (P.).** — Tumeur kystique de l'amygdale (*Arch. Internaz. di lar. Rin.*, etc., fasc. I et II, 1887).
- Stern (M.-J.).** — Un cas d'ulcération phlegmoneuse de la gorge avec œdème s'étendant au voile du palais et aux piliers dans la moitié de leur hauteur (*Med. Register.*, 16 avril 1887).
- Tillaux.** — De la grenouillette aiguë sublinguale. Extr. de la thèse de M. Bourée (*Paris méd.*, 11 juin 1887).
- Tito.** — Abscès rétro-pharyngien (Notes in *Gaz. degli Ospit.*, 29 mai 1887).
- Wells.** — Erysipèle du pharynx (*Méd., Register*, 16 mars 1887).
- Widerhofer.** — De l'amygdalotomie (*Allgem. Wien. Ztg.*, 14 juin 1887, n° 24, p. 294).
- Wolfenden.** — Angine du pharynx (*Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887).

- Wolfenden (N.).** — Moyen très simple de faciliter la déglutition quand elle est empêchée par un ulcère s'étendant à l'épiglotte (*Lancet*, 2 juill. 1887).
- X...** — Traitement de la diphtérie pharyngée par la chinoline (*Rev. de chir. et de thérap.*, 21 avril 1887, *Lyon méd.*, n° 24, p. 127, 22 mai 1887).

Nez et Pharynx nasal.

- Bazatoux.** — Des végétations adénoïdes (suite et fin) (*La prat. med.*, 24 mai 1887).
- Bardescu.** — Fibrome naso-pharyngien (*Spitalul*, n° 5, mai 1887).
- Barton Isaac.** — La tébérène dans le coryza chronique (*The med. Bullet.*, n° 7, juin 1887).
- Béranger Féraud.** — Contribution à l'étude des corps étrangers de la face (*Bullet. de thérap.*, 30 juin 1887).
- Berruoco.** — Nature des polypes du nez et de leur traitement (*Anales de Otol., y Laring.*, n° 3, 1887).
- Boerne Bettman.** — Troubles oculaires d'origine nasale (*Journ. of. Amer. med. assoc.*, 7 mai 1887).
- Bresgen (Max).** — Réponse à la réplique de Tornwaldt à propos de la bourse pharyngée (*Deuts. medic. Woch.*, 9 juin 1887, n° 23, p. 502).
- Bronner.** — Végétations adénoïdes du pharynx nasal (*The Lancet*, 11 juin 1887, p. 4187).
- Calmettes (R.).** — Opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1887).
- Calmettes.** — Les névroses réflexes d'origine nasale (*Progrès méd.*, 9 juillet 1887).
- Cartaz.** — De la tuberculose nasale (*France méd.*, n° 84, p. 1007, 19 juillet 1887, à suivre).
- Chabrely.** — Encéphalocèle de la région fronto-nasale. Autopsie (*Soc. anat. Journ. de méd. de Bord.* 5 juin 1887).
- Clark (A.).** — Méthode de traitement de l'hay fever (*Brid. med. Journ. et The Lancet*, 11 juin 1887).
- Cozzolino** (lettre du Dr). — A propos d'un cas de coryza diphtéritique primitif (*Bollet. delle mal de l'orrech.* etc., n° 4 4^{er} juillet 1887).
- Curtis Holbroock.** — Trephine nasale et ses avantages, considérations sur des batteries et appareils électriques employés en chirurgie nasale (*The med. N. York med. journ.*, 28 mai, 1887).
- Després.** — Kyste congénital du dos du nez (*Un. med.*, 12 juillet 1887).
- Echevaria (D.).** — Epistaxis rebelle (*El Dictamen*, 30 juin 1887).
- Emond.** — De l'asthme des foins et son traitement au Mont-Dore (*Bullet. gén. de thérap.*, 30 mai, 1887).
- Farago (G.).** — Des néoformations dans le catarrhe nasal (*Gyogyaszat Budapest*, 1887, XXVIII, 33).
- Farnham.** — Pince coupante pour le nez (*The N.-Y. med. Journ.* 21 mai 1887).
- Finne (G.).** — Symptômes nerveux dans les maladies du nez (*Norsk magazin for Laegevidenskaben*, juin 1887, p. 429).
- Forbes** (Litton.). — Les maladies du nez formant la seconde partie de la 5^e édit. du traité *De la surdité et de son traitement curatif*. (5^e édit. Lond., 1887, H. Renshaw. 30 p. 8)

- Gourraud.** — I. Papillome du pharynx nasal. — II. Végétation adénoïdes (*Soc. anat., de Nantes, in Gaz. med.*, 9 juin 1887).
- Guye.** — Névroses réflexes d'origine nasale (*Brit. med. Journ.*, 9 juill. 1887).
- Hunt (P.).** — Hay fever (*Lancet*, 16 juill. 1887, p. 139).
- Hunt.** — Deux cas de diagnostic et de traitement de corps étrangers du nez (*Glasgow med. journ.*, mars 1887).
- Ingals (Fletcher).** — Epistaxis (*The med. and. surg. report*, 4 juin 1887).
- Jelenefy (Z.).** — Nouveau speculum fixe du nez (*Gygyaszat, Budapest* 1887, XXVII, 54).
- Killian (G.).** — Quelques remarques sur les végétations adénoïdes et leur traitement avec la curette de Hartmann (*Deuts. med. Woch.* 23 juin 1887, n° 25 p. 542).
- Lennox Browne.** — Association réflexe des maladies des yeux et du nez (*Brit. med. journ.* 28 mai 1887).
- Major.** — Du catarrhe nasal chronique, sa nature et son traitement (*Canad. med. a. surg. journ.* mai 1887).
- Marinescu.** — Polype fibreux du nez (*Spitalul, Bucharest*, n° 5 mai 1887).
- Massei.** — Sur un cas de fibrome énorme de la cavité pharyngienne (*Arch. ital. di laring. etc.*, fasc. 3, juillet 1887).
- Meyerson (S.).** — Atresie membraneuse complète des arrière fosses nasales (*Medycina Warszawa*, 1887, XV. 113, 134).
- Michel (Carl.).** — Traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens riches en vaisseaux (*Monatss. f. Orhenheilk.* mai 1887, n° 5, p. 116).
- Morgan (Ethelbert C.).** — La bourse pharyngée : Ses relations avec les affections du naso-pharynx (*Baltim.*, 1887, 6 p. 120 *Repr. from ; Maryland. M. J.*, 1887).
- Penny.** — De la rhinite (*Bristol med. chir. journ.* juin 1887).
- Poole (G.-K.).** — Tamponnement des fosses nasales postérieures (*Brit. med. Journ.*, 25 juin 1887, p. 1386).
- Potter (F. H.).** — Quelques règles générales pouvant servir à déterminer la nécessité d'une opération dans les fosses nasales (*Buffalo. med. et surg. J.*, Mai 1887).
- Ray (J. M.).** — De la rhinite, ses effets et son traitement rationnel (*Amer. Pract. a. News Louisville*, 1887 N. S. III, 71-74).
- Richardson.** — Attaques d'épilepsie occasionnées par un polype des arrière fosses nasales (*Asclepiad*, n° 43; 1887 et *Am. J., med sci.*, avril 1887).
- Roé.** — De la difformité désignée sous le nom de nez retroussé (pug nose) et sa correction par une opération simple (*The med. Rec.*, 4 juin 1887).
- Rossi (de).** — Les polypes fibreux naso-pharyngiens (*Congrès ital. de chir.*, 4, 5 et 6 avril 1887, in *Gazetta degli Ospitali*).
- Rumbold.** — Quelques nouveaux termes en rhinologie, otologie (*Saint-Louis med. a. surg. journ.* n° 6, juin 1887).
- Rumbold.** — De l'importance des mesures hygiéniques dans le traitement du catarrhe nasal (*Journ. of. Amér. med. assoc.*, 28 mai 1887).
- Salinger.** — Affections réflexes des voies aériennes supérieures (*The Polyclinic*, juin 1887).
- Schaus.** — Déviation de la cloison du nez (*Archiv. f. klinik. chir.* XXXV. I.).
- Schneider.** — Inflammation de l'antre d'Highmore avec suppuration consécutive (*Deutsche Monats. f. Ohrenk.*, mars 1887).
- Sprengel.** — Un cas d'ostéome de l'ethmoïde (*Archiv. f. klin chir.* XXXV.-I).

- Swasey (E.-P.).** — Tenaculum caché servant à faciliter l'extirpation de la partie postérieure des cornets hypertrophiés (*Med. Rec.*, 9 juill., p. 62).
- Tornwaldt.** — A propos de la bourse pharyngée (*Deutsche med. Woch.*, 9 juin 1887, n° 33, p. 501).
- Valentin.** — Catarrhe chronique et ozène (*Correspond.f. Schweizer Aerzte*, n° 2, 1887).
- Verdos (P.).** — Un cas de polype du nez avec perforation du maxillaire (*Rev. de lary. Ot. etc.*, mai 1887).
- Vieusse.** — Kyste dermoïde du dos du nez (*Revue méd. de Toulouse*, 15 juin 1887).
- X...** — Transactions of American rhinological association (N.-York, 1887).
- X...** — Valeur diagnostique de l'épistaxis (*Med. Rec.*, 7 juill. 1887, p. 51).
- Zuckerkandl (E.)** — Le centre de l'olfaction. Étude d'anatomie comparée 1887, Stuttgart, Pr. Enke).
- Zörn.** — Sarcome de l'antre d'Highmore (*Thèse de Wurzburg P. Scheiner*, 1887).

Larynx et Trachée.

- Anderson (J.-A.).** — Tubage et trachéotomie. Etude comparative, avec compte-rendu de dix cas du premier genre et trente-deux du second (*Pacific. M. et S. J.*, San-Francisco, 1887, XXX, 129-136).
- Ariza (R.).** — Laryngite syphilitique (*Revista de Laring. Otol. y Rinol.*, mai 1887).
- Ariza (R.).** — Laryngite folliculaire. Hypertrophie amygdalienne. Traitement (*Annales de Otol. y laring.*, 1887).
- Armstrong.** — Trachéotomie suivie de succès pour une graine d'ivraie dans le larynx (*Index med.*, mars 1887, n° 3, p. 132).
- Andry.** — Trachéotomie dans la tuberculose laryngée (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, n° 21, p. 120, 22 mai 1887).
- Barlow.** — Convulsions respiratoires et remarques sur la laryngite striduleuse et affections analogues des enfants (*Brit. med. Journ.*, 18 juin 1887).
- Beschorner.** — Paralysie double du muscle crico-aryténoïdien postérieur due à la compression du récurrent par un anévrysme de l'aorte. Rupture de cet anévrysme. Mort (*Monats. f. Ohrenheilk.*, mai 1887, n° 5, p. 121).
- Bidwell (W.-D.).** — Un cas de trachéotomie pour croup avec fausses membranes (*Kansas City M. Index*, 1887, VIII, 121).
- Boland.** — Cas d'aphonie nerveuse guéris par suggestion à l'état de veille (*Le Scalpel*, 12 juin 1887).
- Boursier (A.).** — Leçons de clinique chirurgicale (Paris, 1887).
- Boyce (Ch.).** — Corps étrangers des voies aériennes (*The Lancet*, 28 mai 1887).
- Broca et Hartmann.** — De l'anesthésie dans la trachéotomie (*Revue de Chir.*, 10 mai 1887).
- Caillé.** — Contribution à la discussion sur le tubage du larynx (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Chabanet.** — Tubage de la glotte (*Thèse, Paris*, juin 1887).

- Cheatam.** — Un cas de trachéotomie heureuse pour œdème de la partie supérieure du larynx (*The Amer. pract. a. News*, 28 mai 1887).
- Cacciola (L.).** — Lésions anatomo-pathol. dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée (*R. académique m. de Rome*, in *Riforma med.*, an III, n° 132, Naples 1887).
- Cohen (Solis).** — Description de la laryngectomie modifiée (*In. N.-Y. med. Journ.*, 18 juin, reproduit in *Annal. des malad. de l'or.*, juillet 1887).
- Cohn (Eug.).** — Résultats consécutifs à des extirpations de larynx (*Deuts. med. Woch.*, 2 juin 1887, n° 22, p. 470).
- Coupard.** — Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses (*Rev. génér. de Clin. et Thérap.*, 7 juillet 1887).
- Davezac (Clinique Demons).** — Laryngectomie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juin 1887).
- Delavan Bryson.** — *Transactions of American Laryngological Assoc.*, (T. VIII, 1886, New-York).
- Descroizilles.** — D'une forme de laryngite simple et à diagnostic difficile (*J. de med. et Ch. prat.*, juillet 1887).
- Dietz.** — Croup du larynx (*Deut. med. Ztg.*, 14 juill. 1887, p. 627).
- Dillon-Brown.** — Rapport statistique du tubage (*N.-Y. Acad. of med.*, 2 juin, in *Med. News*, 11 juin 1887).
- Dillon-Brown.** — Dangers et accidents du tubage (*The med. Rec.*, 25 juin 1887).
- Dubrueil.** — Tubage du larynx (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, 2 avril 1887).
- Dutil.** — Sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1887).
- Dwyer (J.).** — Alimentation après le tubage (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Eichberg.** — Deux cas de tubage du larynx pour croup avec fausses membranes; trachéotomie pour enlever le tube (*Index med.*, mars 1887, n° 3).
- Etienne et Lévy.** — Rétrécissement congénital du larynx (*Revue méd. de l'Est*, 1^{er} juill. 1887, n° 13, p. 402).
- Falls (M.-S.).** — Amygdalite phlegmoneuse foudroyante (*Eastern. M. J., Worcester*, 1887, VII, 43-47).
- Ferreri (G.).** — Catétherisme pour sténose consécutive à la laryngite syphilitique (*Lo Sperimentale*, fasc. 6, juin, p. 609).
- Fonte.** — Un cas d'aphonie nerveuse et d'angine de poitrine dans la diphtérie (*Brazil med.*, 21 mars 1887).
- Fränkel (B.).** — Œdème aigu de la glotte comme manifestation première d'une atrophie rénale (*Berl. mediz. Gesells.*, 18 mai 1887, in *Deutsche mediz. Ztg.*, 18 mai 1887, n° 43, p. 492).
- Garel.** — Kystes du larynx (*Ann. des malad. de l'or.*, etc.; nos 6 et 7, 1887).
- Gersuny.** — Canule trachéale (*Illustr. Monatsschrift. f. aerztl. Polytechnick*, 1887).
- Gouguenheim.** — La cocaïne dans les affections du larynx (*Soc. de Thérap.*, 27 avril 1887).
- Grünwald (L.).** — Coexistence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx (*Münch. medic. Woch.*, 24 mai 1887, n° 21, p. 392, 31 mai, n° 22, p. 414).
- Havilland et Hall (H.).** — Chirurgie intra-laryngée et affection maligne du larynx (*Brit. med. Journ.*, 16 juill. 1887, p. 452).
- Hooper (Franklin H.).** — Anatomie et physiologie du nerf récurrent laryngé (*N.-Y. med. Journ.*, 9 juill. 1887, p. 29).

- Huber (F.). — Tubage (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Ingals (E.-F.). — Tubage du larynx (*N.-Y. med. Journ.*, 9 juill. 1887).
- Ingals Fletcher. — Tubage du larynx (*N.-Y. med. Journ.*, 2 juillet 1887).
- Irwin H. Hance. — Trachéotomie suivant le tubage (*The med. Rec.*, 25 juin 1887).
- Isch Wall. — Tubage du larynx (*Progrès méd.*, n° 25, 18 juin 1887, suite et fin).
- Julian Lopez Ocana. — Valeur thérapeutique de la trachéotomie (Clinique du Dr Ariza (*An. de Otol.*, etc., n° 3, 1887).
- Kitchen. — Hérésie laryngologique (*The Med. Rec.*, 1887, Correspond.).
- Kidd (F.). — Paralyse bilatérale des muscles dilateurs de la glotte avec parésie consécutive des constricteurs (*Lancet*, 16 juill. 1887, p. 408).
- Kohl. — Des causes de la difficulté du décanulement après la trachéotomie pour la diphtérie chez l'enfant (*Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXV, 4).
- Lennox-Browne. — Chirurgie intra-laryngée et tumeurs malignes du larynx (*Brit. med. Journ.*, 25 juin 1887, p. 1412).
- Lennox Browne. — Chirurgie intra-laryngienne et tumeurs malignes du larynx (*Correspond. du Brit. med. J.* 11 juin 1887).
- Lovett et Munro. — Réflexions sur 327 cas de trachéotomie faite à « Boston city hospital » (*Y Amér. Journ. of med. Sc.*, juillet 1887).
- Lubet-Barbon. — Paralyse du larynx (*Thèse de Paris*, 1887, n° 293).
- Lublinski. — Traitement efficace de la sténose de la trachée par le cathétérisme de ce conduit (*D. med. Ztg.*, 27 juin 1887, n° 4, p. 572).
- Lublinski (W.). — La tuberculose laryngée (fin) (*Deut. med. Ztg.*, nos 53 et 55, p. 593 et 615, 4, 7 et 11 juillet 1887).
- Mackenzie. (H.). — Diagnostic des tumeurs malignes du larynx (*Corresp. du Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887).
- Mac-Naughton. — Tubage du larynx (*The N.-Y. med. J.* 4 juin 1887).
- Major. — Sur deux cas de tumeurs laryngiennes (*Proceed. of Montréal med. chir. Soc.*, 28 janv. 1887).
- Major. — Extraction (*Of a met. Shell*) enclavé dans le larynx (*Canada med. a. surg. Journ.*, mai 1887).
- Martel (E.). — Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire par l'examen du larynx (*Rev. Internat. des Sc. méd.*, n° 5, 31 mai 1887).
- Massei (F.). — Trois cas de trachéotomie pour affections syphilitiques (*Eco. d. clin. Napoli*, 1887, II. 4-5).
- Masucci (P.). — Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique de l'œdème aigu de la muqueuse des aryténoïdes (*Giorn. Internaz. delle Scienze med.*, an IX, n° 5, Naples, 1887).
- Montgomery. — Trachéotomie et intubation (*Am. J. of Obst.*, 1887, p. 406).
- Mudd. — Trachéotomie et tubage (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 25 juin 1887).
- Muller. — De la toux utérine (*Thèse de Paris*, juillet 1887).
- Naismith. — Corps étranger dans les bronches, trachéotomie, guérison (*Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887).
- Newman (D.). — A propos de la signification diagnostique et des indications thérapeutiques relatives à des symptômes laryngés consécutifs à la compression par un anévrysme du pneumogastre et du récurrent laryngé (*Brit. med. Journ.* 2 juill. 1887, p. 4).

- Northrup.** — Anatomie pathologique des voies respiratoires après la mort consécutive à la diphtérie laryngée et après le tubage (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Palmer (L.-L.).** — Tubage du larynx (*Canad. Pract., Toronto*, 1887, XII, 4-3).
- Pery.** — Discussion sur la laryngite diphtérique et autres chez l'enfant (*Soc. de médecine et chir. de Bordeaux*, 1^{er} juillet).
- Pichevin.** — Anesthésie et trachéotomie (*Gaz. des Hôp.*, 4 et 11 juin 1887).
- Porteous.** — Traitement local de la phtisie (*Edinb. med. Journ.*, mai 1887).
- Réid (J.).** — Sténose laryngée, tubage (*The med. a. surg. rep.*, 14 mai 1887).
- Relton (B.).** — Cas grave de glossite aiguë (*Lancet*, 16 juill. 1887, p. 412).
- Revillout.** — Tubage du larynx (*Paris méd.*, 9 juillet 1887).
- Rosenberg.** — Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Berl. Kl. Woch.*, 27 juin 1887, n° 26, p. 466).
- Rosshach.** — Compte rendu de 85 opérations de polypes du larynx (*Correspondenzblatt d'allg. ärzt., Vereins von Thüringen*, 2, 1887).
- Rousseau.** — Papillome sous-glottique du larynx (*La Clinique*, 19 mai 1887).
- Ruault.** — Nouvelle note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques maladies de la gorge et du larynx (*France méd.*, 7 juin 1887).
- Rugg (P.).** — Aphonie : retour de la voix dans un cas supposé incurable (*Brit. med. Journ.*, 9 juill. 1887, p. 70).
- Santwoord (V.).** — Tuberculose du pharynx (*N.-J. Path., Soc.*, in *N.-J. med. J.*, 2 juillet 1887).
- Schrøtter.** — Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx (1 livr., Vienne, 1887, *Braumüller*, 8°).
- Schrøtter.** — Thérapeutique hydrothérapique des laryngites (*Intern. Klin. Rundschau*, 2 septembre 1887).
- Semon (E.) et Butlin.** — Chirurgie intra-laryngienne et tumeurs malignes du larynx (*The Lancet*, 4 juin, et *The Brit. med. J.*, 18 juin 1887, Correspond).
- Shimwell (B.-T.).** — Intervention opératoire dans les cas de membranes du larynx (*Med. Reg. Phila.*, 1887, p. 174-176).
- Shingleton Smith. a. Waldo.** — Trois cas de tubage du larynx (*The Lancet*, 18 juin 1887, p. 1232).
- Sidney Barwise.** — Aspirateur simple pour la trachéotomie (*Brit. med. Journ.*, 21 mai 1887, p. 4103).
- Sota (R.).** — Tubage du larynx dans le croup (*Revista medica de Seville*, n° 8, t. X).
- Stewart.** — Thyrotomie pour un épithélioma du larynx (*The Lancet*, 22 mai 1887).
- Tauber (B.).** — Hypertrophie chronique des bandes ventriculaires consécutive à un épaississement inflammatoire (*Cincinnati. Lancet Clinic.*, 1887, IV, S. XVII, 259).
- Tipton (F.).** — Tubage du larynx chez un nègre, guérison (*The med. Rec.*, 28 mai 1887).
- Trifiletti.** — Un cas de voix eunuchoïde (*Arch. Ital. di laring., fasc.* 3 juillet 1887).
- Vander Veer (A.).** — Tubage du larynx (*Albany M. Ann.*, 1887, VII, 44-53).

- Virchow.** — Rapport sur une parcelle de tumeur enlevée du larynx de S. A. I. et R., le Kronprinz, par le Dr Mackenzie, au moyen d'une pince (*D. med. Woch.*, 23 juin 1887, n° 25, p. 562).
- Watson** (C. Scott). — Trachéotomie et insufflation chez un nouveau-né (*Lancet*, 16 juillet 1887, p. 107).
- Wolff** (J.). — Contribution à l'étude du goître (*Berl. Klin. Woch.*, n° 28, p. 510, 11 juillet 1887).
- X.** — Papillome ou épithélioma intra-laryngien (*Med. New.*, 25 juin 1887).

Oreilles

- Allcock.** — Otite : Abscès du cerveau. Trépanation du crâne. Mort (*Brit. med. Journ.*, 9 juillet 1887, p. 71).
- Ariza.** — Clinique otologique (Suite et fin. — *El siglo med.*, 9 juillet 1887).
- Ariza** (R.). — Le bacille de Koch dans l'otite tuberculeuse (*Ann. de otol. etc.*, n° 4, 1887).
- Althaus.** — Des bourdonnements et de leur traitement par l'électricité (Londres 1887, Longmans et Cie, 48 pages, 120).
- Bacon** (G.). — Erysipèle facial compliquant les maladies de l'oreille (*Arch. of. otol.*, juin, n° 2, 1887).
- Baracz** (R.). — Trois cas de trépanation de l'apophyse mastoïde (*Pozegl. lek.*, Krakow, 1887, XXVI, 59).
- Barck.** — De la nécessité d'instituer un traitement hâtif dans les affections de l'oreille moyenne (*Saint-Louis, med. a. surg. Journ.*, n° 6, juin 1887).
- Barker.** — Remarques sur les abcès du cerveau dûs aux maladies de l'os temporal et leur traitement (*The Lancet*, 14 juin 1887).
- Barr** (Th.). — Abscès du cerveau consécutif à une maladie de l'oreille, trépanation, etc., (*Arch. of. otol.*, n° 2, juin 1887).
- Bezold.** — Quelques remarques sur l'hérédité dans les affections des oreilles (*Munch., med. Woch.*, 5 juillet 1887, n° 27, p. 505).
- Bishop.** — Opérations mastoïdiennes (*The med. and. surg., Rep.*, 4 juin 1887, p. 714).
- Blower.** — Imperforation du méat auditif externe (Liverpool, *M. Chir.*, J., 1887, VII, 207).
- Bockelmann.** — Des polypes de l'oreille (*Thèse Wurzburg*, 1887).
- Boulengier.** — Otite moyenne purulente (*Soc. Anat. Path. de Bruxelles*, 9 avril, 1887).
- Bride** (M.). — Diagnostic et traitement des abcès du cerveau consécutifs aux maladies de l'oreille (*Edimb. med. Journ.*, juin 1887).
- Bucklin.** — Stenose nasale, son effet sur l'œil, l'oreille, le pharynx, le larynx et le cerveau (*N.-Y., med. Times*, mai 1887).
- Bullel.** — Otite moyenne hémorragique (*The Lancet*, 4 juin 1887).
- Bulle** (H.). — Contribution à l'anatomie de l'oreille (*Arch. f. mikr. Anat.*, Bonn, 1887, XXIX, 237-264).
- Bürckner** (K.). — De la fréquence et de l'importance de la surdité (*Deutsche, Rev.*, Breslau u. Berlin, 1887, XII, 199-204).
- Burnet** et Malancy. — Cornets acoustiques (*The Polyclinic.*, mai 1887).
- Cardy** (M.). — Diagnostic et traitement de la surdité chronique (*Columbu. med. Journ.*, juin 1887).

- Carralero.** — Polype de l'oreille (*Gac., de oftalmol. otol., etc.*, n° 5 et *Revista di laring, etc.*, n° 12, 1887).
- Cheatam (W.).** — Un cas de surdité de l'oreille moyenne et interne (*Alabama M. et S.-J., Birmingham*, 1887, II, 32).
- Couetoux et Hamon du Fougeray.** — Nouveau procédé de dessèchement du conduit auditif (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, n° 7, 1887).
- Cousins (J.-W.).** — Tintement d'oreille, son traitement, injection et aspiration d'air (*New-England med. Monthly*, 45 juin 1887).
- Cozzolino.** — Leçons sur les maladies de l'oreille (Naples, 1887).
- Cozzolino.** — Formulaire thérapeutique des maladies de l'oreille (*Arch. Internaz. di lar. etc.*, fasc. 1 et 21, 1887).
- Delstanche.** — Considérations sur l'emploi du tympan artificiel (*La Clinique*, 21 juillet 1887).
- Erskine.** — Traitement de l'inflammation suppurée chronique de l'oreille (*The Provincial med. Journ.*, 4^{er} juin 1887).
- Field.** — Un cas de pus collecté dans la caisse du tympan (*Brit. med. Journ.*, 41 décemb. 1886).
- Flament.** — Absès sous-périostique de l'apophyse mastoïde consécutive à une otite externe (*Soc. Anat. Clin. de Lille*, in *Journ. des Sc. méd.*, 8 juillet 1887).
- Flechsigs (P.).** — Réponse aux remarques de Forel « A propos d'acoustique » (*Neurol. Centralb.*, Leipzig, 1887, VI, 33).
- Forel (A.).** — A propos d'acoustique (*Neurol. Centralb.*, 1887, VI, 34-33).
- Gellé.** — Hémi-anesthésie et demi-surdité avec persistance du réflexe de l'accommodation bi-auriculaire (*Soc. de Biol.*, 41 juin, in *Sem. méd.*, 18 juin 1887).
- Gellé.** — Physiologie de l'audition, fonctions du limaçon (Suite, *Trib. méd.*, 22 mai 1887).
- Giovanni Longhi.** — Quelques cas de scotome de l'audition (*Bollet. delle malat. dell' orecch., etc.*, n° 4, 1^{er} juillet 1887).
- Gomez de la Mata.** — Notes cliniques d'otologie (*Ann. de otol., etc.*, n° 3, 1887).
- Hartmann (A.).** — Les maladies de l'oreille et leur traitement [Traduction de la 3^e édition, par James Erskine] (*Edimb.*, 1886, Y.-J. Pentland, 317 pages, 8°).
- Hartmann.** — Maladies de l'oreille et leur traitement (*N.-Y. med. Journ.*, 25 juin 1887).
- Hummel.** — Détermination de la capacité de l'organe de l'ouïe à l'état normal et à l'état pathologique (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIV. H. 4, 20 mai 1887, p. 263).
- Jones.** — Sarcome du pavillon (*Saint-Louis, cour. of med.*, février 1887).
- Kay (Mc.).** — Nouveau forceps auriculaire (*Saint-Louis, med. Journ.*, avril 1887).
- Kirdiner.** — Des maladies du limaçon (*Physik. medic. Gesellsch. zu Wurzburg*, 1887).
- Kretschmann (F.).** — Carcinome du temporal (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIV H. 4, 20 mai 1887, p. 231).
- Kun.** — Ecoulement chronique purulent du tympan; ses graves effets sur l'organe de l'ouïe (*Gyogyaszat, Budapest*, XXVI, 921-953).
- Laborde (F.).** — Contribution à l'étude des otorrhées (*Annales de Otol. y Laring.*, n° 3, 1887).

- Lannois (M.).** — De l'hyperacousie dans la paralysie faciale et de l'influence de la mastication sur l'acuité auditive (*Lyon méd.*, n° 24, p. 203, 12 juin 1887).
- Lopez (G.).** — Note sur la fréquence et la nature des othématomes dans les maladies mentales (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, mai 1887).
- Løwe (L.).** — L'oreille. Ses fonctions, ses maladies (Berlin, 1887, Hugo, Steinitz, 1 Mk., 50 p. fg).
- Mackensie Booth.** — Otite parasitaire (*Brit. med. journ.* 4 juin 1887, p. 1217).
- Magalhães.** — Otomycosis, Myringomycosis, aspergillus de Wreden (*Revist. des cursos prat. y teor. Rio Janeiro*, déc. 1886).
- Martin (J.).** — De l'ablation de l'oreille externe pour un cancer (*Med. Press. et Circ.*, Londres, 1887, N. S. XLIII, 242).
- Odenthal (J.).** — Des myringites aiguës (Bonn). (*Oberhausen*, 1886 Bauer et Witzler, 30, p. 80).
- Piétrkowski.** — Un cas d'ostéome du méat auditif (*Wratsch.*, 7).
- Pitres.** — (Leçon recueillie par Dèzeac). Anesthésies sensorielles de l'ouïe et de la vue (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juin 1887).
- Pollak (J.).** — Fonction du tenseur du tympan (*Wien. med. Jahrb.*, 1886).
- Prince (A.).** — Le politomètre et instrument pour augmenter, faciliter et préciser les insufflations dans l'oreille moyenne (*Med. News Philadelphia* 4 juin 1887).
- Purjesz (L.).** — Formation d'un pont de substance conjonctive dans l'oreille externe (*Wien. med., Woch.*, 1887, XXXVII, 8).
- Reichmann (E.).** — Ecoulements passagers de l'oreille moyenne (Bonn) (*Oberhausen*, 1886, Bauer et Wetzler, 37, p. 80).
- Roosa.** — Observations cliniques sur les maladies de l'apophyse mastoïde (*Arch. of Otol.*, n° 2, 1887).
- Sexton (S.).** — Coups sur l'oreille (*The med. Rec.*, 11 juin 1887).
- Schultze.** — Méningite et surdité. (*Congrès des neurologistes et des médecins aliénistes du Sud-Ouest à Strasbourg*, 11-12 juin 1887, in *Munch. med. Woch.*, 21 juin 1887, n° 25, p. 476).
- Schwalbe (G.).** — De l'organe de l'ouïe (*Manuel d'anatomie des organes, des sens*, Erlangen, 1887, S. 289-339).
- Schwalbe.** — Glomérules artériels du limaçon (*Anat. Anzeiger*, 1887, n° 4).
- Spencer.** — Inflammation de la portion attique du tympan (*Saint-Louis Cour. of med.*, mai 1887).
- Stewart.** — Suppuration de l'oreille moyenne (*Brit. med. journ.*, 25 juillet 1887, p. 23).
- Tataroff (Dmitry).** — Muscles du pavillon de l'oreille et particularités des cartilages de l'oreille (*Archiv. f. Anat. u. Phys. Anat. Abth.*, 1887, n° 1).
- Teichmann (L.).** — Trois cas rares de difformités consécutives à la surdité (*Gaz. lek. Warszawa*, 1887, 2 S., VII, 47-53).
- Verdos (P.).** Rhumatisme auriculaire (*Revista de Ciencias medicas*).
- Waldschmidt.** — Contribution à l'étude de l'anatomie du cerveau du sourd-muet (*Allg. zetsch. f. Psychi.*, 4 et 5, 1887).
- Welster (D.).** — Un cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, comprenant les cellules mastoïdiennes, perforation spontanée de l'apophyse (*Arch. of Otol.*, juin, n° 2, 1887).
- Zaufal (E.).** — Les microbes du pus de l'otite moyenne aiguë (*Prager med. Woch.*, n° 27, p. 225, 6 juillet 1887).

Ziem. — Un bouton d'ambly dans l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, mai 1887, n° 5. p. 113).

Croup et Diphtérie.

Alvarez (Gonzalez). — Prophylaxie individuelle de la diphtérie (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 30 juin 1887).

Alvarez (Gonzalez). — Moyens hygiéniques pour éviter la diphtérie (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 31 mai 1887).

Alvarez (G.). — Diphtérie pharyngée traitée par le thermo-cautère (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 30 juin 1887).

Ariza. — Observation pratique de diphtérie naso-pharyngo-laryngienne gangréneuse, septicémie, guérison (*El siglo med.*, 26 juin 1887).

Blanco (J.). — Diphtérie (*Ann. de Otol.*, etc. n° 4, 1887).

Brothers. — Diphtérie (*N.-Y. pathol. soc.*, 27 avril 1887).

Brothers. — Mort de diphtérie après le tubage (*N.-Y. Path. soc. in Philad. med. Times*, 28 mai 1887).

Carbo Vallès. — Différence entre l'angine diphtéritique et le croup. (*Revista de Ciencias med.*, n° 23).

Chaffey. — Dépôt fibreux dans le cœur dans la diphtérie chez les enfants (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet 1887).

Corral y Maira. — Étude médicale sur la diphtérie et son traitement (Madrid, 1887).

Cozzolino (V.). — Traité de la diphtérie (Tome 1, Naples 1887).

Dumolard. — Difficulté du diagnostic dans un cas de diphtérie. Guérison (*J. Soc. de méd. et pharm. de l'Isère*, Grenoble, 1886-7, XI, 25-29).

Farnham. — Diphtérie (*Philadelphia med. Times*, 14 mai 1887).

Fry (R.-W.). — Trachéotomie dans un cas de diphtérie (*South. clinic. Richmond*, 1887, X, 97-101).

Gillet de Grandmont. — Observation de diphtérie transmise de la gorge à l'œil et réciproquement (*Journ. de méd. de Paris*, 8 mai 1887).

Gouguenheim. — Le tubage du larynx dans la diphtérie (*Rev. clin. et thérap.*, 26 mai 1887).

Heubner (O.). — Contribution à l'étude de la diphtérie (*Jahrb. f. Kinderh.* Leipzig 1887, N. F., XXVI, 82-89, 1 plan, 4 diag).

Kappesser. — L'essence de térébenthine contre la diphtérie et le croup (*Centralb. f. klin. med.*, 25 juin 1887, n° 26, p. 481).

Liell (Ed.). — Observations sur la diphtérie, complications et traitement (*The N.-Y. med. Journ.*, 21 mai 1887).

Lietget. — Diphtérie naso-pharyngo-laryngée gangréneuse, septicémie, guérison (*El siglo med.*, 19 juin).

Mayol. — Deux cas d'angine diphtéritique (*An. de Otol. y lar.*, n° 4, 1887).

Oyler. — De la diphtérie (*The med. and surg. rep.*, 28 mai 1887, p. 679).

Parker. — Trachéotomie hâtive dans la diphtérie (*Brit. med. J.*, 11 juin 1887).

Pollart. — Croup, trachéotomie (*Le Scalpel*, 12 juin 1887).

Reynier (E.). — Cas de croup. Opération. Guérison (*Soc. méd. Neufch.*, 2 mars 1887. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, n° 6, p. 344, 15 juin 1887).

Rouse (W. H.). — Quelques cas anormaux de diphtérie (*Med. Age, Detroit* 1887, V. 97-100).

- Schrötter. — Croup et diphthérie (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nos 26 et 27, 28 juin-5 juillet 1887).
- Simon (J.). — Diagnostic, pronostic et traitement de la diphthérie (*Progr. méd.*, nos 23, 25 et 26, 4, 18 et 25 juin).
- Sota (de la) Ramon. — La trachéotomie dans le croup et la diphthérie (suite) (*Journ., of. Laryng.*, n° 6, p. 197, juin 1887).
- Suss (A.). — De la paralysie diphthérique du pneumo-gastrique (*Rev. mens. des mal. de l'Enf.*, juillet 1887, p. 289).
- Teissier (Lyon). — Etiologie de la diphthérie (*Acad. des sc. de Paris*, juin 1887, in *Sem. méd.*, 13 juin).
- Thoresen. — Expériences et remarques critiques sur la diphthérie (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben Januar*, 1887).
- Tonini. — Un cas intéressant de diphthérie (*La Rassegna di sc. Med.*, juillet 1887).
- Valera y Jimenez (U.). Angine diphthérique (*El siglo med.*, 29 mai 1887).
- Varela (Ez. A.). — Diphthérie et gangrène de la bouche (*El siglo med.*, 5 juin 1887).
- Weil. — Note sur un cas de diphthérie secondaire à une pneumonie d'un enfant de dix-sept mois (*Rev. méd. de l'Est.*, 1^{er} juin 1887).
- Zelenkoff (A. P.). — Ligature de la carotide primitive dans un cas de suppuration diphthérique consécutive à la scarlatine (*Vrach, Saint-Petersb.*, 1887, VIII, 132, 164).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

- Augier. — Cancer primitif du corps thyroïde (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 27 mai 1887).
- Bonnett-May. — Œsophagotomie pour extraire une pièce de monnaie avalée depuis trois ans (*Brit. med. journ.*, 21 mai 1887).
- Carralero (Lopez). — Polypes de la région hyoïdienne (*Gaceta de oftalmologia, otol. y laring.*, mai 1887).
- Ceccherelli (A.). — Un cas d'hygroma de la bourse de Boyer (*Gazetta degli Ospitali*, 17 juin 1887, p. 452).
- Chénieux. — Ablation du corps thyroïde, bronchocèle (*Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 4 avril 1887).
- Drobnik. — De la ligature de l'artère thyroïde (*Gaz. lek., Warszawa*, 1887, 2, S. VII, 110-117, in *Wien. med. Woch.*, 1887, XXXVII, 65).
- Durduff (G.-N.). — Pathogénie de la maladie de Basedow (*Deutsch. medic. Wochenschr.*, 26 mai 1887, n° 21, p. 448).
- Duret. — Ulcération et perforation de l'œsophage (*Soc. méd. de Reims in Un. méd. de l'Est.*, 15 juin 1887).
- Fasano. — Leçons sur les maladies de l'œsophage (*Arch. internaz. di laring.*, etc., fasc. I et II, 1887).
- Fauvel. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou situés dans l'espace thyro-hyoïdien (*Thèse de Paris*, juin 1887).
- Fillenabum. — Anesthésie locale par la cocaïne (*Wiener med. Woch.*, n° 41, 1887).
- Fischer (G.). — Œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zeitsch. f. chir.*, XXV Bd 64, p. 565, 1887).

- Fraser.** — Extirpation de la glande thyroïde dans le goitre exophtalmique (*Soc. méd. chir. d'Edimbourg*, 45 juin 1887, *Brit. med. journ.*, 9 juillet 1887, p. 70).
- Fuhr** (Ferd.). — Extirpation de la thyroïde (*Arch. f. exp. pathol. u. pharmak. et centralb. f. Klin. med.*, n° 1, 1887).
- Giommi.** — Œsophagotomie externe pour un corps étranger (*Gaz. de gli Ospit.*, 6 juillet 1887).
- Girard.** — Excision d'un goitre kystique (*J. Soc. de méd. et pharm. de l'Isère*, Grenoble, 1886-87, XI-49, 54).
- Glasgow** (W.). — Étiologie et mécanisme de l'asthme (*Amer. journ. of med. sc.*, juillet 1887).
- Golding-Brid.** — Gastrotomie pour un épithélioma de l'œsophage (*Brit. med. journ.*, 21 mai 1887).
- Goodbridge.** — Du traitement de la dyspnée paroxystique dans les anévrysmes de l'aorte (*Brit. med. journ.*, 4 juin 1887).
- Gouguenheim.** — Propriétés anesthésiques de la cocaïne (*Soc. therap., Paris*, 27 avril 1887).
- Haywood.** — Sur un cas d'œsophagotomie externe (*North Car. m. j. Wilmington*, 1887, XIX, 429-431).
- Hiéronymis** (De). — Epidémie de coqueluche. Observations cliniques et thérapeutiques (*Rivista clin. e terapeut.*, an IX, n° 7, Naples 1887).
- Hunter.** — Cas de goitre (*Brit. med. journ.*, 2 juillet 1887, p. 23).
- Koch** (Copenhague). — Recherches sur l'origine et les rapports du nerf hypoglosse (*Thèse de Copenhague*, 1887).
- Labbé** (E.). — Traitement de la coqueluche (*Soc. de therap., Progrès méd.*, 16 juillet 1887, p. 51).
- Le Dentu.** — Note sur l'œsophagotomie interne à séances multiples (*Soc. de chir. Paris*, 28 juin 1887).
- Lejars.** — Epithélioma kystique de la région sus-hyoïdienne gauche. Ulcération de l'artère faciale. Ligature de la carotide primitive (*Soc. d'anat. de Paris*, déc. 1885. *Prog. méd.*, 16 juillet 1887, p. 48).
- Lublinski** (W.). — Un cas rare de cancer de l'œsophage (*Berl. mediz. Gesells*, 18 mai 1887, in *deuts mediz. Ztg*, 30 mai 1887, n° 43, p. 432).
- Malmsten.** — Un cas très rare de tuberculose (*Scenska Läkare Sällskapet Forhandlingar*, 1887).
- Martha.** — Des injections iodées dans le traitement des goitres (*Gaz. des Hop.*, 9 juillet 1887).
- Massei.** — Un cas de sténose œsophagienne (Leçon clinique. *Eco della clinica*, an II, n° 12, Naples 1887).
- Masse.** — Tumeur dermoïde de la région sus-hyoïdienne (*Gaz. hebdom. des sc. méd. Bord.*, 22 mai 1887).
- Medici** (de). — Note de pédiatrie : abcès rétro-pharyngien, coqueluche, traitement de la diphthérie (*Gazzetta degli Ospitali*, an VIII, n° 43, Milan, mai 1887).
- Ochel** (R.). — Contribution à l'étude de la thyroïdectomie et de la cachexie strumiprive (*Inaug. Dissert.*, 1887, Berlin).
- Potain.** — Du rétrécissement syphilitique de l'œsophage (*Sem. méd.*, 29 juin 1887).
- Reverdin.** — Contribution à l'étude du myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 15 mai 1887).

- Rockwell.** — Du dosage du courant galvanique (*The med., Rec.*, 4 juin 1887).
- Sloan** (Th.) — Le goître chez les animaux (*The Lancet*, 28 mai 1887).
- Smith.** — Guérison heureuse d'un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Améric. Lancet*, juin 1887).
- Snow.** — De l'arsenic dans le traitement du goître (*The Brit. med Journ.*, 28 mai 1887).
- (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 13 mai 1887). — Discussion sur l'emploi des vapeurs phéniquées dans la coqueluche
- Storch.** — Des inhalations d'acide nitrique et d'oxyde d'argent comme traitement de certaines maladies des voies aériennes (*Hospitali Tidende*, mai 1887).
- Terillon.** — Goître plongeant, fixation de deux lobes du corps thyroïde aux, aponévroses du cou, méthode de Bonnet (*Ann. des mal. de l'or.*, etc. n° 7, 1887).
- Terillon.** — Kyste du corps thyroïde (*Soc. de chir.*, Paris, 13 juin 1887).
- Terillon et Sébilleau.** — Le traitement des goîtres parenchymateux et fibreux par les inject. interst. de teinture d'iode (*Arch. gén. de méd.*, janvier et février 1887).
- Wichmann.** — Emploi de l'acide lactique contre le lupus (*Teidskrift for prakt. medicin.*, janvier 1887).
- Wiglesworth** (J.). — Tumeur de la glande parotide (Liverpool, *Méd. chir. J.*, 1887, VII, 227).
- William.** — Inhalation d'hydrogène sulfuré (*Med. news*, 14 mai 1887. Corresp.).
- Wyne.** — Tumeur maligne de l'œsophage (*Sheffield med. ch. soc.*, in *The Lancet*, 18 juin 1887).
- Zielewicz.** — Un cas de myxœdème avec stomatite intense et hépatite interstielle (*Bert. Klin. Woch.*, 30 mai 1887, n° 22, p. 400).
-

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs, que M. le Ministre de l'Intérieur vient de créer à l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, une clinique officielle de laryngologie.

Par arrêté ministériel du 30 juin dernier, notre sympathique collaborateur, M. le Dr A. Ruault, médecin-adjoint de l'Institution, a été chargé de ce service.

M. le Ministre de l'Instruction publique vient de charger M. le Dr J. Baraton d'une mission scientifique pour aller au Canada et aux Etats-Unis étudier l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, ainsi que la fièvre des foins, qui, on le sait, est aussi commune dans ces contrées qu'elle est rare dans les nôtres.

MM. les docteurs Gouguenheim et J. Moure viennent d'être nommés membres correspondants de la Société de Laryngologie d'Amérique à la dernière séance tenue cette année à New-York, les 26, 27 et 28 mai.

UN OS ENCLAVÉ A L'UNION DU TIERS SUPÉRIEUR
ET DU TIERS MOYEN DE L'ŒSOPHAGE. ŒSOPHA-
GOTOMIE EXTERNE. GUÉRISON

Par le professeur **RAMON DE LA SOTA Y LASTRA,**

Docteur en Médecine et Chirurgie, en Philosophie et Lettres.

Le 10 février 1887, je fus appelé pour voir une religieuse qui avait un os de travers dans la gorge. C'était une femme de quarante-six ans, grande et grosse, vouée à l'enseignement dans une pension de Montoro, province de Cordoue. Le 2 du même mois, après avoir servi le souper à ses sœurs en religion, elle se mit à sucer quelques os de poulet, unique nourriture qu'elle s'était réservée, et, au moment, où, aux observations de ses compagnes, elle répondait *qu'elle en avait assez avec les os*, il lui en glissa un assez gros dans la gorge, produisant une douleur si vive et empêchant la respiration à ce point qu'elle et tous ceux qui la voyaient crurent qu'elle s'étouffait. Immédiatement, survint une toux intense dont les accès redoublaient l'exacerbation et la souffrance, et s'accompagnaient d'une sensation de piqure. Ses efforts avaient pour résultat l'expectoration de mucosités sanguinolentes, et l'os demeurait toujours en place. Elle voulut avaler quelques morceaux de mie de pain, mais elle ne put y réussir, au contraire, la gêne augmenta au point de ne pouvoir les rejeter. Quelques gorgées d'eau passèrent avec difficulté et plusieurs autres furent rejetées par la bouche et par les narines. La patiente elle-même et avec elle nombre d'autres personnes essayèrent mais en vain d'extraire avec les doigts le corps étranger. Ces tentatives n'eurent d'autre résultat que de déplacer la muqueuse du pharynx. On recourba alors une bougie de cire, on l'introduisit dans l'œsophage, et on essaya de pousser l'os qui était retenu dans ce conduit vers l'estomac. Les douleurs atroces que détermina cette manœuvre obligèrent à la suspendre et on fit appeler le médecin. Il se présenta dans la matinée du lendemain, prétextant qu'il n'avait pas d'instrument approprié pour ce cas, et il se

basse, nous n'essayâmes pas de la suturer, nous contentant de remplir la plaie externe de coton salicylé, après avoir placé au fond un drain, et avoir recouvert le tout d'un pansement de Lister. Pour alimenter l'opérée, nous laissâmes à demeure la sonde stomacale et prescrivîmes une hygiène très rigoureuse.

A la fin de l'opération, l'état général de la malade était très satisfaisant et elle participait à la joie de tous ceux qui l'entouraient. Malheureusement, elle commença à se sentir très surexcitée par la sonde qui occasionnait de la toux et des vomissements. Ceux-ci sortaient partie par le tube et surtout par la blessure, obligeant ainsi à renouveler le pansement toutes les quatre heures.

Le thermomètre marquait alors 38 degrés 2, et le pouls battait 104 fois à la minute. L'opérée avait paisiblement dormi pendant quelques instants, avait évacué une urine naturelle, avait soif et n'était en rien incommodée par sa blessure.

Cette nuit-là, elle dormit bien, quoiqu'elle se réveillât souvent, et alors les vomissements se répétaient.

Le 23. A huit heures du matin. Température 37 degrés 6; pouls 112. A sept heures du soir. Température 38 degrés 4; pouls 116. Deux fois dans la journée, j'introduisis par la sonde quelques liquides alimentaires : il y eut des vomissements qui souillèrent la plaie et le pansement qu'on dut renouveler.

Le 24. A neuf heures du matin. Température 37 degrés 8; pouls 108. A sept heures du soir. Température 38 degrés 1; pouls 108. La blessure se trouve en bon état. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité, mais la sonde stomacale gêne tellement la malade que je me vois obligé de la retirer et de recourir à l'alimentation rectale. Je lui défends d'avaler même jusqu'à la salive, et j'ordonne des lavements de bouillon, de lait, avec du vin de peptone, substances qui sont parfaitement tolérées.

Le 25. A neuf heures du matin. Température 37 degrés 9; pouls 110. La menstruation s'est présentée d'une manière régulière et à son temps. La malade ne se plaint que de la soif.

La plaie reste propre avec un très bon aspect; l'état général ne laisse rien à désirer. L'alimentation est continuée par la voie rectale.

Le 28. A neuf heures du matin, température 38 degrés; pouls 100. Toutes les fonctions se font régulièrement, même la menstruation qui en est arrivée presque à sa fin. Bien qu'elle ait observé une abstinence complète pendant cinq jours, la malade ne sent pas le besoin de prendre de nourriture; cependant on reconnaît que les lavements de bouillon, de lait et de vin de peptone sont insuffisants pour soutenir l'organisme, car il y a de l'affaiblissement et de la décoloration dans les tissus; le pouls est faible et dépressible, le visage a perdu son animation antérieure. En refaisant le pansement, il se présente du sang veineux dont je ne puis découvrir l'origine. Il n'est pas très abondant, mais suffit à inonder la plaie et ne s'arrête pas spontanément. Je bourre avec des boules de coton salicylé bien serrées et je place par-dessus un gros gâteau du même coton, couvrant le tout avec le pansement de Lister. L'hémorragie paraît arrêtée. A sept heures du soir, tout le pansement est souillé de sang, mais comme je n'en vois couler nulle part, je préfère laisser pour le lendemain le nettoyage de la plaie. Température 37 degrés 5; pouls 96.

1^{er} mars. A neuf heures du matin. Température 37 degrés 6; pouls 92. Pouls très faible, extrémités légèrement froides; il y a du malaise et de la fatigue. Pendant la nuit, la malade a dormi peu; elle a craché du sang en petite quantité, il en est aussi sorti au-dessous du pansement tachant la chemise et imprégnant plusieurs mouchoirs que la malade avait placés au-dessous de la chemise. En découvrant la plaie, j'aperçus un grand caillot qui en occupait toute la profondeur.

Je le détachai, et le sang jaillit en aussi grande abondance et de la même manière que le jour précédent. Il sortait du fond de la plaie, et il me fut impossible de reconnaître exactement en quel point. Dès le premier moment où je vis cette hémorragie, je songeai à la magnifique conférence donnée à l'hôpital de la Princesa, à Madrid, par mon savant ami, l'éminent chirurgien espagnol, M. Frédéric Rubio et Gali, à propos des

angiomes aigus des surfaces saignantes, et de leur traitement par des boulettes de charpie avec lesquelles on frotte toute la surface de la plaie en réitérant plusieurs fois la manœuvre. J'agis ainsi et attendis ; bientôt, le sang cessa complètement de couler. Existait-il un angiome ? Je le croirais volontiers eu égard au résultat de la friction, unique moyen capable d'arrêter ces hémorragies, d'après M. le Dr Rubio. Comme l'état général de la malade témoigne d'une grande faiblesse, je n'ose pas continuer la diète absolue, malgré ce que je savais des jeûneurs américains et italiens, et, avant de panser la plaie, j'administrai à l'opérée quelques aliments-liquides, pour voir s'ils sortaient par la blessure même. Cela arriva en effet, ce qui ne m'étonna pas trop, car le sang rendu, la nuit précédente, dénotait que la paroi de l'œsophage n'était pas cicatrisée. Je recourus au gavage avec la sonde stomacale, l'introduisant et la retirant trois fois par jour.

Pendant quinze jours, la malade put de cette façon absorber un demi-litre de lait de vache, un litre de bouillon, cent vingt grammes de vin de Xérès, quatre cuillerées de poudre de viande et un litre d'eau par jour. Les premiers jours je me bornai à introduire la sonde dans l'œsophage à quelques centimètres seulement au-dessus de la plaie ; mais voyant que les vomissements persistaient sans cesse, et que la plus grande partie de la nourriture était rejetée par le cou, je mis le tube dans l'estomac et obtins une tolérance relative quoique incomplète. Comme l'état général se relevait et que la malade reprenait des forces, elle quitta le lit le neuf mars.

La plaie étant très réduite, je m'enhardis à donner une nourriture solide mais légère. La malade avale avec difficulté ; une partie assez considérable sort par l'ouverture de la plaie et une partie reste arrêtée entre les tissus. Je renonce à cet essai d'alimentation naturelle et j'use de nouveau de la sonde pendant vingt autres jours.

Au bout de ces vingt jours, la plaie est presque cicatrisée ; il ne reste plus qu'un trajet s'étendant de la peau à l'œsophage. Le pus est peu abondant et louable. Je supprime la sonde pour alimenter la patiente. Elle avale bien la nourriture solide

et une petite quantité seulement passe par la fistule. Il en est de même pour les liquides. La restauration de la malade est sensible, depuis qu'elle a repris à manger, et quoiqu'elle ait commencé à souffrir de douleurs musculaires rhumatoïdes en même temps qu'apparaissent fréquemment le soir des accès fébriles qui nécessitent l'administration de fortes doses de quinine.

Les jours passent et la situation reste la même. Je crains à la fin qu'il ne reste une fistule œsophagienne permanente. Pour l'éviter, je place dans le trajet un morceau de catgut trempé dans une solution de nitrate d'argent. Il se développe dans le tissu cellulaire une inflammation qui disparaît au bout de peu de jours, sans aucun avantage. Nouvelle introduction du catgut avec les mêmes résultats. Je me décide à injecter une solution de chlorure de zinc à 10 0/0, avec laquelle, il y a quatre ou cinq ans, j'obtins la guérison de deux fistules laryngiennes. Le lendemain, je remarque une dépression au fond de la plaie, je résèque les bords, je nettoie et remplis de coton salicylé. Aucun des aliments ni solides, ni liquides ne sortent plus par le cou; il apparaît une granulation de bon aspect, et au bout de dix-huit jours la cicatrisation est complète. Un mois s'est écoulé depuis, et la cicatrice persiste en bon état.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous montre tous les inconvénients pouvant résulter des manœuvres exécutées par des personnes inexpérimentées, dans les cas de corps étrangers de l'œsophage. Il est probable que l'os avalé par la religieuse s'était arrêté à l'entrée de l'œsophage, d'où il eût pu être extrait en agissant avec habileté et prudence.

L'introduction des doigts, en pareil cas, détermine des lésions de la muqueuse de la gorge et une inflammation empêchant, ou rendant tout au moins difficiles, les opérations ultérieures qu'exigent la constatation et l'extraction du corps étranger.

Il y a souvent péril à ce qu'une main inhabile intro-

duise une bougie dans la gorge, car au lieu de pénétrer par le pharynx dans l'œsophage, on peut aller dans le larynx, et, avec la meilleure intention, occasionner de graves accidents. Pousser sans discernement avec la même bougie sur le corps étranger a souvent pour résultat de le mettre dans une situation pire que celle où il se trouvait, comme je présume qu'il a dû arriver à mon opérée.

Les tentatives violentes d'extraction ou de propulsion, même quand elles sont faites par une personne experte, sont très préjudiciables, car, comme dit le Dr Berns, d'Amsterdam la grande mortalité de l'œsophagotomie externe, ne dépend pas de l'opération elle-même, mais des lésions produites à l'œsophage par les efforts d'extraction et par la forme pointue et irrégulière du corps étranger. Aussi, dès que je connus que le corps était enclavé et qu'il ne se remuait pas, quand je fis l'exploration et qu'une mince bougie ne passait par aucun point au niveau de la portion thoracique de l'œsophage, je renonçai à agir par les voies naturelles, et me décidai à pratiquer l'œsophagotomie.

Dans d'autres circonstances, j'aurais procédé d'une manière différente. Le 27 mai dernier, on porta à la Polyclinique de l'École de Médecine un enfant qui, quatre jours auparavant, avait avalé une pièce de cinq centimes; depuis il ne pouvait plus avaler que des liquides. Par la palpation, je découvris dans la partie latérale gauche du cou, au niveau du quatrième ou cinquième anneau de la trachée, une protubérance dure et arrondie, que je supposai être la pièce de monnaie.

J'introduisis avec douceur la sonde stomacale, qui fut arrêtée au niveau de la saillie. Ayant sorti la sonde, je mis une bougie du n° 20 de la filière Charrière, qui passa avec beaucoup de facilité. Aussitôt, j'introduisis le panier de Græfe qui glissa parfaitement au-dessous de la pièce qui, ainsi saisie, sortit de suite, sans avoir occasionné le moindre inconvénient, malgré toutes ces manipulations.

J'aurais désiré opérer la religieuse, aussitôt que je me suis convaincu de l'existence de l'os, car je comprenais que sa présence dans l'œsophage devait être très préjudiciable, comme l'assure aussi le D^r Berns. Je dus cependant attendre douze jours, pendant lesquels je me bornai à prescrire la meilleure nourriture pour la patiente.

Le décollement des tissus pendant l'opération faite avec douceur, était le meilleur moyen de traverser sans risques la région par où je devais passer pour arriver au point voulu. Pour préciser ce point, j'eus besoin d'introduire la sonde stomacale, et si j'avais recouru plus tôt à ce procédé, comme le conseille Malgaigne (1) qui qualifie avec justice de vanité puérile la prétention d'ouvrir en toute sûreté l'œsophage, en se fondant uniquement sur les rapports anatomiques, je n'aurais perdu ni mon temps ni ma patience à faire d'inutiles tentatives.

La mensuration exacte de la longueur de sonde qui pénétrait dans l'œsophage depuis l'arcade dentaire, me permit de diagnostiquer exactement le point où l'os s'était arrêté. Cette connaissance me fut utile dans l'opération, car, malgré la présence d'un ganglion sur mon passage, je pus néanmoins me diriger jusqu'en bas et inciser dans ce point l'œsophage, sûr que j'étais de faire mon incision au-dessus et à peu de distance du corps étranger que je pourrais de la sorte extraire, sans déchirer la muqueuse du conduit.

Si j'avais pratiqué l'opération immédiatement après l'accident, j'aurais soumis la religieuse à une diète complète pendant quinze à vingt jours ou un mois, lui administrant des lavements alimentaires. De cette manière, la blessure aurait pu se cicatriser pendant ce temps et l'opérée n'aurait pas été exposée à garder une fistule. La suture de l'œsophage n'était pas praticable dans le cas présent; il me semble difficile de la faire jamais, car

(1) MALGAIGNE. *Manuel de Médecine opératoire*; Tome II, page 338. Traduction espagnole de la 8^{me} édition française.

très rarement elle serait efficace. La sonde à demeure est gênante plutôt qu'inoffensive. Dans mon observation, non seulement elle a été inutile, mais bien plus, elle a été nuisible. J'ai reconnu qu'il valait mieux ne l'employer que pour administrer la nourriture, dont le passage à travers la plaie occasionne moins d'inconvénients que le contact continu de la sonde.

Le chlorure de zinc, du reste, m'a été d'un précieux secours, comme dans bien d'autres cas, pour hâter la cicatrisation et éviter un trajet fistuleux permanent.

CLASSIFICATION DES MUSCLES LARYNGÉS

Par le Dr MOURA (suite) (1).

§ IV. — LE LARYNX, ORGANE DE PHONATION.

Envisagé comme organe de l'appareil phonateur, le larynx est une sorte de caisse sonore dans laquelle sont disposées, parallèlement et symétriquement, deux anches membraneuses qui forment l'embouchure d'un instrument de musique ayant la plus grande analogie avec celle du basson. Ces deux anches, libres seulement à leur extrémité ou bord supérieur, ne sont point rigides; elles sont élastiques en tout sens, c'est-à-dire modifiables dans leurs trois dimensions : longueur, largeur, épaisseur, sans altération de leurs éléments anatomiques.

L'anche du basson est formée de deux languettes accouplées, libres, il est vrai, sur deux côtés comme à leur extrémité supérieure. Cette anche ne possède pas l'avantage de s'élargir, ni de s'amincir, défauts qui sont compensés par les nombreuses variations de longueur qu'elle peut subir dans sa partie vibrante.

Quant à l'anche humaine, ses propriétés élastiques ne sont mises en jeu que dans des limites très restreintes. Mais d'autres propriétés physiques et organiques donnent au son qu'engendrent ses vibrations, des qualités spéciales qui le rendent inimitable au moyen des instruments de fabrication industrielle.

(1) Voir *Revue* n° 7, juillet 1887.

Nous retrouvons ici les deux vantaux de la porte-écluse transformés en lèvres et cordes vocales par l'action d'agents moteurs volontaires qui leur communiquent plusieurs sortes de mouvements. Le passage de l'air respiré subit en même temps, dans ses degrés d'ouverture, des modifications profondes qui ont pour but de régler la sortie de la colonne d'air expulsée, de lui conserver l'énergie et la rapidité nécessaires aux vibrations de l'anche glottique.

Ce sont ces agents diversement appelés : muscles *intrinsèques* et *extrinsèques*, *constricteurs* et *dilatateurs*, *adducteurs* et *abducteurs*, *glottiques* et *vocaux*, que l'on a cherché à classer tantôt anatomiquement, tantôt physiologiquement, et tantôt comme puissances respiratoires et phonétiques à la fois.

Nous avons déjà dit que ces classifications étaient insuffisantes et ne répondaient pas aux besoins de la science laryngologique. Il nous semble pourtant possible de réaliser ce desideratum en donnant pour bases à la nouvelle classification, l'anatomie et la physiologie réunies, et pour but la phonation.

La division en intrinsèques et extrinsèques a le grave inconvénient de ne rien déterminer à propos des changements et des mouvements que les muscles laryngés impriment aux lèvres de la glotte pour en faire l'anche vocale ; ce fonctionnement est cependant sous l'influence des muscles intrinsèques ou intra-laryngés.

Celle de constricteurs — mot impropre — et dilatateurs s'adresse aux mouvements qui relèvent à la fois de la pathologie, de la respiration et de la phonation.

La division en adducteurs et abducteurs ne comprend que des muscles ayant pour rôle de rapprocher et d'éloigner les bords de la glotte ; comme la précédente elle ne fait aucune distinction entre les mouvements et les modifications qui s'y produisent pendant les actes de la respiration et de la phonation.

La classification du professeur Béclard en *glottiques* et

vocaux est une tentative faite vers la solution scientifique. On reconnaît que la première expression se rapporte, dans l'esprit du classificateur, au fonctionnement de la glotte dans l'acte de la respiration et la seconde à celui des muscles dans l'acte phonateur; mais elles reposent sur un cercle vicieux, car les muscles vocaux sont *glottiques* pendant la phonation, c'est-à-dire modificateurs de l'orifice de la glotte; en outre, elles ne donnent aucune idée des changements de forme qui s'opèrent dans les replis de la glotte, ni des divers mouvements dont ils sont le siège, malgré les explications de son auteur.

En somme, ces essais de classification n'ont pas fait avancer la question qui préoccupe tout le monde, celle de la théorie de la voix.

§ V. — DIVISIONS FONDÉES SUR L'ANATOMIE, LA PHYSIOLOGIE
ET LA PHONATION.

Dans notre revue clinique des *Laryngopathies*, publiée en 1874, nous disions, au chapitre des altérations fonctionnelles, page 85 :

« Comme le cœur, le larynx (c'est-à-dire la glotte) jouit de deux mouvements contraires, la *contraction* et la dilatation. Les noms de *systole* et *diastole* peuvent donc s'appliquer à chacun d'eux.

» Les cordes vocales jouissent d'un troisième mouvement tout à fait *indépendant* de ceux de rapprochement et d'écartement; c'est un mouvement de tension proprement dit. Ce mouvement se produit d'avant en arrière, alors que le cartilage thyroïde étant fixé par les muscles élévateurs laryngiens, le cricoïde est, à son tour, porté en haut par les thyro-cricoïdiens.

» Un seul mot, d'origine grecque, exprime ce mouvement; c'est l'adverbe *αψ* dérivé lui-même de la préposition *απο*. Les noms *Apstole* et *Apstolique* désigneront, en conséquence, et qualifieront la tension seule (en long) des cordes vocales. »

Voici maintenant un extrait de notre mémoire présenté

à l'Académie de Médecine, le mardi 29 mars 1887, sur notre théorie de la voix :

« Les physiologistes qui ont considéré les replis de la glotte comme des *ligaments*, des *rubans* ou des *cordes*, ont admis que l'action musculaire avait pour effet de les allonger seulement, leur communiquant ainsi la tension nécessaire à l'émission des sons.

» Ceux qui, au contraire, les ont regardés comme des *lanquettes membraneuses*, des *anches* ou des *lèvres*, ont entendu par le mot *tension*, le développement en largeur et en longueur, c'est-à-dire en surface de ces replis ; selon eux, les muscles intrinsèques du larynx produisent à la fois l'allongement et l'élargissement, l'*extension* et la *distension* des lèvres de la glotte.

» C'est bien en long et en large que cette tension a lieu en effet. L'observation laryngoscopique, tout en confirmant le fait, a permis de l'analyser, de le dédoubler et de reconnaître que l'action musculaire qui produit la tension en largeur n'est pas la même qui opère l'allongement. Ces deux espèces de tensions sont dues à deux mécanismes physiologiques différents. Sous le nom de *systole* ou de *distension*, nous désignons le *développement transversal* ou en surface des replis de la glotte, et sous celui d'*apstole* ou *tension en long*, leur *allongement*. »

Enfin, dans notre mémoire sur le *Rôle physiologique du muscle aryténoïdien*, communiqué à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, session d'octobre 1886, nous nous exprimions ainsi, à propos de la distribution anatomique et physiologique des muscles intrinsèques :

« Ces agents ont été distribués par la nature sur trois plans bien distincts, suivant le rôle que les faisceaux musculaires dont ils sont formés doivent remplir.

» Le premier plan, *antérieur*, est constitué par les thyro-cricoïdiens dont la contraction produit l'allongement d'avant en arrière des lèvres de la glotte, c'est-à-dire l'*apstole* ; nous l'avons désigné en conséquence par le qualificatif d'*apstotique*.

» Le second plan, *interne* ou *médian*, comprend les crico-aryténoïdiens latéraux, les thyro-aryténoïdiens externe et interne, muscles qui ont pour rôle de rapprocher les lèvres de la glotte et de les tendre transversalement, c'est-à-dire en surface; ils produisent, en un mot, la *systole glottique* ou laryngée et doivent être appelés, par cela même, *plan et muscles systoliques*.

» Enfin le troisième plan, que nous avons dit *postérieur* à cause de la situation de ses faisceaux musculaires en arrière du larynx, est composé de l'aryténoïdien et des crico-aryténoïdiens postérieurs dont le rôle est d'écarter les lèvres vocales, d'ouvrir transversalement la glotte. C'est donc un plan musculaire *diastolique*; il effectue la dilatation de l'orifice ou *diastole glottique*, c'est-à-dire le relâchement, l'écartement de ses bords.

» Dès à présent, nous pouvons établir notre classification en nous servant de la triple base de l'anatomie, de la physiologie et de la phonation ou mieux *phonologie*, et en prenant pour point de départ la division anatomique fondamentale de nos devanciers en muscles intrinsèques ou intra-laryngés et muscles extrinsèques ou extra-laryngés.»

§ VI. — CLASSIFICATIONS PAR LE DOCTEUR MOURA

La première classe que nous appelons *intrinsèques phonétiques*, comprend trois ordres d'agents moteurs vocaux, savoir :

1° Les agents *systoliques* dont les faisceaux musculaires ont pour rôle de fermer à volonté l'orifice glottique.

Cet ordre renferme trois groupes ou genres :

Le premier, que nous nommons *systoliques-adducteurs*, rapproche les bords de la glotte, jusqu'au contact, les déployant et en faisant deux anches prismatiques;

Le second, que nous désignons sous le nom de *systoliques-tenseurs*, tend la partie vibrante des anches, la diminue ou l'augmente, suivant que le ton de la gamme ou du registre vocal monte ou descend lui-même;

Le troisième dénommé *systoliques-vestibulaires* règle la tension des parois du vestibule sus-glottique.

2° Les agents *apstoliques*, dont les faisceaux musculaires ont pour rôle d'effectuer la tension en long, c'est-à-dire l'allongement d'avant en arrière des bords de la glotte déjà transformés en prismes par les *systoliques-adducteurs*, et tendus en surface par les *systoliques-tenseurs*.

Un seul groupe compose cet ordre ou ce plan musculaire ; nous le nommons *apstoliques-tenseurs*.

3° Les agents *diastoliques*, dont les faisceaux musculaires écartent les bords de la glotte, dilatent transversalement et à volonté son orifice.

Cet ordre comporte deux groupes ou genres :

Le premier, appelé *diastoliques-interligamentaires*, ouvre la partie antérieure ou membraneuse des bords de la glotte, à volonté, c'est-à-dire activement ; il produit le relâchement des lèvres vocales.

Le second a été nommé *diastoliques-interaryténoïdiens* ; il a pour fonction d'ouvrir, à volonté, la partie postérieure ou cartilagineuse de l'orifice glottique ; il préside à la détente de l'anche vocale.

Quant aux agents moteurs extrinsèques, leur action commune consiste à aider *phonétiquement* celle des agents intrinsèques, en élevant ou abaissant, tantôt directement, tantôt indirectement le larynx, et contribuant ainsi à produire la *systole* ou la *diastole* laryngée, c'est-à-dire à fermer ou à ouvrir l'orifice de la glotte.

Une seule classe compose cette grande division anatomique. Nous la désignons sous le nom d'*extrinsèques-glottiques*, parce que, en définitive, les nombreux faisceaux musculaires qui entrent ici en action aboutissent, au point de vue *phonologique*, à fermer ou à ouvrir la glotte.

Cette classe comprend deux ordres, savoir :

Le premier, appelé *élevateurs-systoliques*, effectue l'ascension du larynx et le rétrécissement de la glotte.

Il se divise en deux groupes :

L'un, qualifié de *direct*, parce que les muscles qui en

ont partie ont leurs attaches mobiles insérées sur l'une des pièces cartilagineuses du larynx, tandis que leurs attaches fixes le sont sur un point plus ou moins éloigné de cet organe.

L'autre, nommé *indirect*, parce que les agents musculaires qu'il comprend n'ont aucune de leurs insertions sur l'organe vocal.

Le second ordre est dit *abaisseurs-diastoliques* ; ses faisceaux musculaires, en se contractant, entraînent la descente du larynx et la dilatation transversale de la glotte. Comme le premier il comprend deux groupes ; l'un et l'autre portent les noms de *directs* et *indirects*, par les mêmes raisons que nous venons de faire connaître.

Telle est la classification que nous soumettons à l'attention de nos confrères et collègues de la Société. Nous en donnons le tableau synoptique avec les noms des agents musculaires qui composent chaque groupe. En terminant ce travail, nous ferons remarquer que nous avons évité de nous servir du qualificatif *constricteur de la glotte*, parce qu'il convient à un état spasmodique ou pathologique, et non à un état physiologique ou normal de cet orifice.

Divi- sions.	CLASSIFICATION DES MUSCLES DU LARYNX			
	Classes	Ordres	Groupes ou genres	Faisceaux musculaires
Intrinsèques laryngés.	Phonéti- ques pro- duisant :	la Systole laryngée ou glottique.	Systoliques. — Ad- ducteurs.	Crico-aryténoidiens latéraux.
			S. Tenseurs.	Thyréo-aryténoi- diens internes.
			S. Vestibulaires.	Thyréo-aryténoi- diens externes.
		l'Apstole	Apstoliques-ten- seurs.	Thyréo-cricoïdiens.
			la Diastole.	Diastoliques-Liga- mentaires.
			Diast.-Aryténoidiens	Crico-aryténoidiens postérieurs.
				Aryténoidien.

Divi- sions.	CLASSIFICATION DES MUSCLES DU LARYNX			
	Classes	Ordres	Groupes ou genres	Faisceaux musculaires.
Extra- laryngés.	Glottiques	Elévateurs	Directs	Hyo-thyréoidiens
				Pharyngien infé- rieur.
		Systoliques	Indirects	Pharyngien moyen, muscles sus-hyoï- diens.
		Abaisseurs	Directs	Sterno-thyréoidiens
		Diastoli- ques.	Indirects	Sterno-hyoïdiens. Scapulo-hyoïdiens.

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

9^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-YORK LES 26, 27

ET 28 MAI 1887. (Suite et fin.) (1)

Vendredi 28 mai.

Traduit de l'anglais (2), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

Le Dr J. SOLIS-COHEN prend la parole sur le **traitement de la laryngite chez les personnes à qui leur profession interdit le repos** (*The treatment of laryngitis in professionals who are unable to rest*).

Certains malades viennent parfois nous trouver pour un enrouement consécutif à un laryngite aiguë; ils sont dans l'obligation de parler quelques heures plus tard. Le meilleur moyen d'obtenir ce résultat consiste à administrer au malade un violent émétique et à le laisser ensuite en repos en lui faisant sucer des morceaux de glace et garder des compresses froides sur le cou. Dans la laryngite chronique rien ne vaut les solutions faibles de sulfate de zinc employées en pulvérisation à la dose de 0,10 à 0,12 centigrammes pour 30 grammes

(1) Voir *Revue*, n° 8, août 1887.

(2) D'après le *Medical News* et le *Medical Record* des 4 et 11 juin 1887.

d'eau. Dans l'intervalle, si l'enrouement persiste, le malade peut faire des inhalations avec de la teinture de benjoin. Un autre remède qui rend également des services, employé en inhalations, c'est la térébenthine, le térébène ou l'eucalyptol, ou ces trois substances mélangées ensemble. L'auteur engage parfois le malade à répandre un peu de térébenthine sur le plancher de sa chambre.

Le D^r T. A. DELBOIS a acquis une certaine expérience sur ce sujet ; il a fait usage de sulfate de zinc, mais toujours il a vu l'enrouement persister, à moins que le malade ne garde le repos de la voix. Chez les chanteurs, la cocaïne dans le larynx produit des résultats désastreux.

Le D^r BEVERLEY ROBINSON, de New-York, constate que, d'après son expérience personnelle, on peut, dans les cas de laryngite aiguë, employer un traitement moins énergique qu'un émétique. Dans les cas de ce genre il a employé avec avantage des pastilles de chlorure d'ammonium administrées tous les quarts d'heure. Comme traitement local il préconise les pulvérisations à l'acide phénique. Dans la laryngite chronique des chanteurs, il croit que l'aspect de la muqueuse ne suffit pas à donner des renseignements certains.

Dans les cas de ce genre, il a souvent trouvé les cordes vocales rouges, et cette rougeur persiste souvent après la disparition des troubles vocaux. La cause de l'altération de la voix est alors d'origine nervo-musculaire. Le vin de coco à l'intérieur et la faradisation sont très utiles dans les cas de ce genre. La faradisation doit être répétée une ou deux fois par jour.

Le D^r BOSWORTH fait observer que, très souvent, dans la laryngite, la maladie ne siège pas dans le larynx, mais dans les fosses nasales. Si l'on fait des applications de cocaïne qui amènent la rétraction des vaisseaux de la muqueuse nasale, et des attouchements d'acide chromique sur cette même muqueuse, on voit souvent la laryngite disparaître.

Le D^r SAJOUS considère l'action de la cocaïne comme mauvaise dans la laryngite. Il a fait usage de solutions à 4 et

10 0/0, et toujours il s'en est mal trouvé. Dans le coryza, la cocaïne est utile, mais on doit l'employer quatre heures avant le moment de chanter. Le plus souvent, la laryngite chronique est le résultat de la fatigue.

La cocaïne et la noix vomique à l'intérieur, les courants faradiques à l'extérieur, constituent les meilleures mesures à employer.

Le Dr GLASGOW, dans les cas de ce genre, s'attache à traiter exclusivement le larynx, sans s'occuper des fosses nasales. Il fait dans le larynx des applications iodo-phéniquées.

Les Drs MORRIS et J. ASCH, de New-York, préconisent le perchlorure de fer en applications locales (trente à soixante grains pour une once d'eau).

Les Drs HOOPER, MACKENSIE, WESTROOK, prennent part à la discussion.

La séance continue par la lecture d'un mémoire du Dr Charles H. KNIGHT, de New-York, sur le **galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales** (*The galvano-cautery in the treatment of hypertrophied tonsils*).

Il rappelle les objections faites au sujet de l'excision des amygdales. La principale est le danger de l'hémorragie. Parfois les amygdales sont si profondément situées, qu'il est impossible de les saisir avec l'amygdalotome. Il est aussi des cas dans lesquels les malades se refusent absolument à une opération sanglante. On peut faire usage du galvano-cautère de deux façons : par l'ignipuncture, et par le serre-nœud galvanique. La première méthode est, de beaucoup, la plus lente. On ne peut faire guère plus de trois pointes de feu à chaque séance ; le nombre des séances nécessaires varie de 5 à 10. L'emploi du serre-nœud est beaucoup plus rapide. On doit interrompre alternativement le courant, et l'on ne serre que pendant le passage du courant. On doit employer le galvano-cautère toutes les fois qu'il existe des chances d'hémorragie, et, règle générale, on doit surtout en faire usage chez les adultes.

Le D^r SAJOUS considère l'emploi du serre-nœud comme une méthode excellente. Il a employé l'ignipuncture, mais il en est peu partisan. Quand il en fait usage, il l'emploie concurremment avec l'acide chromique appliqué sur les parties qui ont été brûlées.

Le D^r ROBINSON considère le galvano-cautère comme une des meilleures méthodes d'ablation des amygdales. On peut ainsi les enlever sans courir aucun risque.

Le D^r JUZALT a fait usage du galvano-cautère, mais il a toujours vu un certain degré d'inflammation à la gorge suivre son emploi. Chez les enfants, pour éviter les douleurs et le *shock* nerveux, il anesthésie le malade et procède à l'ablation avec le serre-nœud.

Le D^r ALLEN estime que les dangers de l'hémorragie sont plus grands qu'on ne le croit. Tous les cas malheureux n'ont pas été rapportés. Avant de se résoudre à employer l'instrument tranchant on doit essayer d'abord les autres méthodes de traitement.

Le D^r DELAVAN est d'avis que lorsque l'amygdalotomie est pratiquée avec soin et qu'on a sous la main tous les agents styptiques nécessaires, le danger de l'hémorragie n'est pas considérable. Tout d'abord il s'écoule une certaine quantité de sang qui s'arrête au bout de quelques secondes. Il est difficile de trouver des observations authentiques d'hémorragie sérieuse consécutive à cette opération.

Le D^r ASCH, en ce qui concerne l'hémorragie, rapporte qu'un de ses assistants, il y a quelque temps, enleva une petite portion d'amygdale. Le jour suivant, une hémorragie sérieuse survint et l'on dut, pour s'en rendre maître, pratiquer la compression de l'amygdale pendant six heures. Dans un autre cas, à sa connaissance, on dut pratiquer la ligature de la carotide primitive.

Le D^r COHEN croit que les accidents qui surviennent à la suite de l'amygdalotomie proviennent de l'adhérence de l'amygdale au pilier antérieur du voile du palais. L'hémor-

ragie provient le plus souvent de la section du pilier. Il n'a pas obtenu avec le galvano-cautère le même succès que l'auteur du mémoire précédent.

L'ignipuncture a exigé de vingt à cinquante séances. En appliquant le galvano-cautère tous les jours ou tous les deux jours, les amygdales sont détruites en un mois ou six semaines.

Le Dr BEVERLEY ROBINSON présente une note sur une **cause fréquente d'épistaxis** (*A frequent cause of nasal hemorrhage*).

D'après son expérience, les *ulcérations* dans la rhinite atrophique sont une cause fréquente d'hémorragie. Il détache les croûtes qui adhèrent à ces ulcérations à l'aide de douches ou de pulvérisation ou avec des pommades. Au bout de deux ou trois jours, le malade peut lui-même rejeter ces croûtes. Il recommande vivement la pommade mercurielle ammoniacale (*ammoniated mercury*) de la pharmacopée. Pour l'application des tampons dans les cas d'hémorragie, il se sert de la sonde flexible de Steele, recommandée par le Dr J. Solis-Cohen.

Le Dr S. W. LANGMAID lit un mémoire sur les **causes constitutionnelles des affections de la gorge** (*Constitutional causes of throat affections*).

Les causes des maladies de la gorge sont extérieures ou intrinsèques. On a trop accordé d'importance à l'état local et aux conditions atmosphériques. Il serait curieux de rechercher pourquoi l'état de l'atmosphère agit dans un cas et n'agit pas dans l'autre. Une des affections les plus rebelles que nous ayons à traiter est le coryza chronique à répétitions (*recurrent coryza*). Parfois la destruction de la muqueuse suffit à le guérir, mais d'ordinaire le malade est obligé de s'astreindre à un traitement pendant toute sa vie. La sensation de corps étrangers à la gorge dont se plaignent si fréquemment les malades est souvent un signe de plénitude du colon, et l'on obtient un meilleur résultat à l'aide d'une dose d'huile de castor que par le traitement local.

La laryngite folliculaire (Clergyman's sore throat), si fréquente chez les chanteurs et les orateurs, n'est pas la conséquence de l'abus de la voix, mais de la vie sédentaire dans laquelle les écarts de régime et d'autres conditions jouent un rôle important. Les maux de gorge sont aussi fort souvent des manifestations goutteuses ou rhumatismales, et le traitement doit être dirigé dans ce sens. Le gonflement et la congestion de la muqueuse, l'hypertrophie des amygdales, l'élongation de la luette, etc., doivent être considérés comme des symptômes et l'on ne doit pas s'attaquer aux symptômes avant d'avoir fait disparaître l'état constitutionnel anormal qui les a produits.

Le Dr GLASGOW partage les vues de l'auteur; bien souvent les lésions de la gorge sont symptomatiques. Bon nombre d'entre elles sont dues à des troubles de l'appareil digestif.

Le Dr SOLIS-COHEN dit que le terme angine rhumatismale n'est pas bien juste. Il a vu apparaître souvent les symptômes qui la caractérisent à la suite d'applications galvanocaustiques sur le pharynx et les amygdales.

Les malades éprouvent souvent des douleurs dans le trapèze à la suite de l'application du cautère sur l'amygdale. Le gaïac est très utile toutes les fois que la maladie est due à l'action du froid. Comme traitement général il emploie les purgatifs deux ou trois fois par semaine. Les adolescents sont sujets à une forme de pharyngite qu'il considère comme la conséquence d'un excès de nourriture.

Le Dr DELAVAN croit que l'on accorde trop peu d'importance aux mesures hygiéniques. Elles sont fort importantes dans les cas de trouble de la circulation de la veine porte, et chez les goutteux. Le salicylate de soude est aussi fort utile dans certaines affections de la gorge. Les malades atteints d'une affection du pharynx sont très souvent habituellement constipés; le traitement doit être dirigé dans ce sens.

Le Dr MORRIS J. ASCH rapporte un cas de **sténose du larynx traitée par la divulsion et la dilatation pro**

gressive (*A case of stenosis of the larynx treated by divulsion and systematic dilatation*).

M^{lle} K..., jusqu'à l'âge de trente-sept ans, a joui d'une excellente santé. Elle a souffert alors de troubles pulmonaires dont il est difficile de déterminer la nature. En 1884 la respiration est devenue quelque peu sifflante et elle a toussé légèrement. Ces symptômes se sont accrus graduellement, et en mai 1885 elle est venue consulter l'auteur. La dyspnée est alors très marquée et s'accroît lorsque la malade est couchée.

A l'examen du larynx on ne découvre rien d'anormal au-dessus des cordes vocales. Au-dessous, il existe deux saillies blanchâtres unies entre elles à la partie postérieure par une membrane.

L'ouverture du larynx est diminuée d'un tiers environ de son calibre normal. La membrane fut sectionnée et la divulsion pratiquée. La malade éprouva un grand soulagement. L'auteur pratique ensuite la dilatation à l'aide de sondes métalliques, à raison d'une séance par jour, et fait usage de pinces dilatatrices une fois par semaine. La malade se trouve beaucoup mieux et cesse ses visites. En septembre elle revient de nouveau; la gêne respiratoire est aussi prononcée qu'au début, elle est produite par une inflammation aiguë du larynx qui cède à l'usage de pulvérisations et de compresses froides. L'auteur essaya les tubes d'O'Dwyer qui déterminent un spasme du larynx et sont rejetés par un accès de toux.

Il fit alors usage des tubes de Schrotter. Au bout de trois mois, la guérison était complète. Tous les symptômes ont maintenant disparu. La malade n'était pas syphilitique. La sténose laryngée était certainement due à une laryngite hypertrophique sous-glottique.

Le D^r SOLIS-COHEN, il y a vingt ans environ, avait détruit au galvano-cautère une tumeur du larynx; c'est probablement la première fois que le galvano-cautère a été employé dans un cas de ce genre aux Etats-Unis. La trachéotomie avait été faite dix jours auparavant. L'opération fut suivie d'une adhérence des cordes vocales; il imagina alors un instrument pour

sectionner cette adhérence. Il croit préférable de pratiquer la trachéotomie dans les cas de ce genre, afin de pouvoir opérer sans crainte de suffocation et de pouvoir employer des moyens énergiques.

Le D^r E. C. MORGAN a eu, récemment, l'occasion de traiter un cas de sténose laryngée. Pendant huit à dix mois il essaya sans succès de s'en rendre maître par l'iodure de potassium et des applications locales de glycérine iodée. En dernier lieu, la maladie prit un tel développement, que l'on dut proposer la trachéotomie et la dilatation. Le malade, bien qu'ayant conscience du danger qu'il courait, reculait toujours devant l'opération. Il mourut dans un accès de suffocation. L'auteur croit que la trachéotomie et la dilatation auraient sauvé le malade.

Le D^r DELAVAN croit que les tubes d'O'Dwyer sont appelés à remplacer toutes les méthodes actuelles de dilatation du larynx. Le tube peut être longtemps maintenu en place et ne gêne en aucune façon le malade.

Le D^r LANGMAID, rapporte un **cas de corps étranger du larynx** (*Foreign body in the larynx*).

Le malade, trois mois auparavant, avait avalé une épingle ayant environ deux pouces de longueur. Elle s'était logée dans la gorge, et après l'accident on avait fait plusieurs tentatives pour l'extraire, mais sans résultats. Lorsque le malade vint trouver l'auteur, il existait dans le larynx des ulcérations qui furent améliorées par le traitement. Deux ans plus tard, le malade revint; à l'examen, on put voir l'épingle dont la tête faisait saillie hors de la bande ventriculaire. Elle fut enlevée, non sans difficultés.

Le D^r R. P. LINCOLN de New-York, rapporte un cas de **récidive de tumeur naso-pharyngienne guérie par l'électrolyse** (*Recurrent naso-pharyngeal tumor cured by electrolysis*).

Le malade se présente à l'auteur en avril 1886. Il a été opéré par un autre chirurgien un an auparavant. Une récidive se produisit qui nécessita, six mois plus tard, une nou-

velle intervention. Le malade, lorsqu'il se présente, est dans l'impossibilité de respirer par la fosse nasale droite. A l'examen, on constate une tumeur volumineuse, occupant les arrières-fosses, et l'on décide de la traiter par l'électrolyse.

Le 3 juin, deux aiguilles unies au pôle négatif d'une batterie électrique sont introduites par les fosses nasales dans la tumeur, le pôle négatif terminé par une éponge est appliqué sur la poitrine. On fit en tout seize séances, chacune à trois ou quatre jours d'intervalle. La tumeur disparut complètement; jusqu'à présent il n'existe aucune trace de récidive.

Le Dr HOOPER, en 1887, vit un jeune malade porteur d'une tumeur qui s'étendait de l'extrémité de la narine droite jusqu'à la cavité naso-pharyngienne; le malade avait eu des hémorragies abondantes et se trouvait en fort mauvais état. Envoyé à l'hôpital, il fut opéré par le Dr J. C. Warren avec l'anse galvano-caustique et toute la masse de la tumeur fut enlevée. Depuis cette époque le malade a été constamment en traitement; la tumeur reparaît et l'on est obligé d'appliquer de temps à autre le serre-nœud. La tumeur présente les caractères du myxo-sarcome, mais l'état général est excellente. Il se propose d'essayer de l'électrolyse.

Le Dr DELAVAN, pendant les quinze dernières années, a vu un bon nombre de malades opérés d'après les méthodes anciennes, qui exigent de graves opérations chirurgicales, et, dans plusieurs circonstances, il en a constaté les effets désastreux. Le point important c'est de faire un diagnostic au début. Prise à temps, la tumeur, alors même qu'on ne la guérit pas, peut être enrayée dans sa marche et l'on peut la maintenir ainsi jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque après laquelle ces tumeurs disparaissent d'elles-mêmes. Il lui semble que le galvano-cautère exerce sur les tissus une action modificatrice que ne peut pas avoir le bistouri.

Le Dr W. C. JARVIS rapporte deux cas uniques d'**occlusion congénitale des fosses nasales antérieures** (*Two unique cases of congenital occlusion of the anterior nares.*)

L'occlusion complète des fosses nasales antérieures d'ori-

gine congénitale est rare, l'auteur n'a pu en trouver un seul exemple dans la littérature médicale.

Il en rapporte deux exemples. Le premier chez un homme de vingt-huit ans. Les deux fosses nasales étaient obstruées par une membrane blanchâtre. Il existait à gauche un petit orifice. Dans le second cas, les deux narines étaient fermées par une production osseuse. Les deux malades furent opérés avec succès.

Séance du soir.

Le D^r ALEXANDER W. MAC COY, de Philadelphie, lit un mémoire intitulé : **Etude comparée de quelques-unes des meilleures méthodes de traitement adaptées à l'occlusion des arrière-fosses nasales** (*A comparative study of some of the methods of treatment best adapted to the relief of the posterior nares*).

Il s'agit de l'occlusion due à une hypertrophie des parties molles. L'auteur passe en revue les différentes méthodes et donne la préférence à l'acide chromique, qu'il considère comme supérieur à toutes les autres méthodes.

Le D^r JARVIS préfère le serre-nœud, moyen plus rapide et plus sûr que l'acide chromique.

Le D^r RIER est de l'avis de l'auteur, mais il emploie rarement l'acide chromique et lui préfère le galvano-cautère.

Le D^r BLOIS présente un appareil qu'il a employé avec avantage dans un cas de fracture du nez.

Sont nommés membres du bureau pour l'année suivante :

Président : M. le D^r R. P. LINCOLN, de New-York. — *Vice-Présidents* : MM. les D^{rs} J. N. MACKENSIE, de Baltimore, et S.-W. LANGMAID. — *Secrétaire et Trésorier* : M. le D^r BRYSON DELAVAN, de New-York. — *Bibliothécaire* : Le D^r T. R. FRENCH, de Brooklyn. — *Membres du Conseil* : MM. les D^{rs} FRANK DONALDSON, J. SOLIS COHEN, F. H. HOOPER et E. C. MORGAN.

MM. les D^{rs} A. GOUGUENHEIM, de Paris, et E. J. MOURE, de Bordeaux, sont nommés membres correspondants.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

2^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-LONDON LE 19 JUILLET 1887

Traduit de l'anglais (1), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

Séance du matin.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr J. S. PROUT, de Brooklyn, président.

Le Dr H. Knapp, de New-York, lit un travail sur **l'examen de l'acuité auditive et les moyens d'en enregistrer les résultats** (*The examination of the power of hearing and how to record its results*).

C'est le rapport d'une commission composée des Drs Knapp, J. R. Prout et St-John Roosa. On se sert, pour mesurer la puissance auditive, de la montre, de la voix, de l'acoumètre de Politzer et du diapason. La montre est un des plus sûrs moyens de mesurer exactement l'état de l'audition. Une montre à tic-tac faible permet de constater les moindres altérations de l'ouïe, dans des cas où le malade croit avoir une audition parfaitement normale. Elle est cependant insuffisante dans les cas de surdité très prononcée. Dans les cas de ce genre une montre à fort tic-tac ou l'acoumètre de Politzer peuvent la remplacer. Chacun de ces instruments doit avoir été expérimenté par le médecin, dans son cabinet, sur un certain nombre d'oreilles normales, pour pouvoir se créer un terme de comparaison. Un fait à constater : c'est que, grand nombre d'individus, après cinquante-cinq ans environ, sont incapables d'entendre une montre à tic-tac faible, placée sur le temporal ou l'apophyse mastoïde, quand l'oreille est fermée, et l'entendent quand elle est ouverte.

(1) D'après le *Medical News* du 30 juillet 1887.

Pour mesurer l'audition de la voix, on emploie la voix chuchotée, la voix dans le ton ordinaire de la conversation et la voix haute. Chaque observateur doit mesurer sa propre voix en expérimentant sur des personnes ayant l'ouïe normale et âgées de vingt à quarante-huit ans. On doit tenir compte de la grandeur de la salle et des bruits extérieurs.

Le diapason, placé sur n'importe quelle partie du crâne, est mieux entendu et plus longtemps quand l'oreille est bouchée que lorsqu'elle était ouverte. Tous les diapasons sont entendus plus longtemps par la voie aérienne que par la voie cranienne. Les diapasons faibles sont entendus plus fortement, mais non plus longtemps, par la voie osseuse que par la voie aérienne. Toutes les fois qu'il en est autrement, on a affaire à une maladie de l'oreille.

Le Dr SAMUEL SEXTON, de New-York, pense qu'on n'a pas accordé une importance assez considérable aux variations qui se produisent chez les malades eux-mêmes.

Dans les cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne et aussi dans les inflammations aiguës, il se produit constamment des modifications de tension de la membrane du tympan et de l'appareil de transmission. Dans les cas de ce genre, l'acuité auditive change à toute heure et d'un jour à l'autre. M. Sexton a constaté que le matin, alors que la faculté de perception est plus active, les malades entendent mieux que vers la fin de la journée. Il est aussi bien connu que l'état de tension de la vapeur contenue dans l'air et la température, influence la transmission du son. L'audition est meilleure pendant les chaleurs que par un temps froid. Il est toujours difficile de mesurer exactement l'audition dans la plupart des cas que nous avons à observer.

Le Dr S^t JOHN ROOSA, de New-York, ne croit pas que l'on doive attacher une si grande importance aux variations de l'ouïe qui se produisent d'une heure à l'autre dans les cas d'inflammation chronique de l'oreille moyenne. Ces variations se produisent dans les cas d'affection de la caisse, mais elles sont bien plus prononcées dans les maladies de l'oreille interne.

Dans les cas de surdité nerveuse, la fatigue du nerf influe beaucoup sur l'acuité auditive.

Le Dr SAMUEL THEOBALD, de Baltimore, à propos de l'emploi du diapason, rapporte un fait qu'il a souvent observé sans pouvoir l'expliquer. Dans certains cas, si l'on place le diapason sur le vertex, il est mieux entendu d'une oreille, de la droite par exemple; si on le met de nouveau en vibration et qu'on le place sur le front, le malade l'entend mieux de l'oreille gauche. Ce fait a diminué la confiance qu'il avait dans le diapason comme moyen de diagnostic dans les maladies du labyrinthe.

Le Dr KNAPP dit que dans la pratique nous devons chercher à mesurer l'acuité auditive le plus soigneusement et le plus rapidement possible. Dans certains cas de catarrhe chronique, on ne peut saisir le moindre changement de l'audition, quelle que soit la méthode employée. Dans ces cas-là, nous ne devons rien attendre du traitement. Cependant, lorsque les modifications de la température ou les changements dans l'état du malade amènent des modifications de l'audition, nous pouvons espérer obtenir une amélioration. La nature des conditions qui modifient l'ouïe du malade doit nous servir de guide pour le diagnostic et le traitement.

Le Dr CH. H. BURNETT, de Philadelphie, rapporte un cas d'**exostose du conduit auditif externe enlevée avec succès à l'aide des pinces à os et des ciseaux** (*Successful removal of an exostosis from the external auditory canal by bone-forceps and chisel*).

Le malade était un médecin âgé de trente ans. L'exostose avait débuté quinze ans auparavant dans l'oreille droite et avait, dans la dernière année, complètement obstrué le conduit et déterminé la surdité. La tumeur avait environ un centimètre de diamètre; elle était pédiculée et attachée à la paroi antérieure du méat, immédiatement en dehors du bord externe de l'os tympanique. La surface extérieure était recouverte d'une peau épaisse et insensible. Après une

injection hypodermique de cocaïne à 5 p. 0/0 faite dans le pavillon, l'auteur, à l'aide de pinces à os, construites pour la circonstance, saisit la surface externe de l'exostose et en enlève une partie.

A peu près la moitié de la tumeur fut ainsi successivement enlevée par morceaux. Les branches des pinces ne pouvant pénétrer plus profondément dans le méat et saisir le reste de la tumeur, un petit ciseau ayant quelques millimètres de largeur fut placé sur le pédicule, au point d'insertion de l'exostose, et la tumeur, détachée à l'aide d'un petit coup donné sur le manche des ciseaux, fut enlevée en masse. La douleur fut peu considérable et l'écoulement sanguin insignifiant. L'espace compris entre la tumeur et la membrane du tympan était rempli d'épithélium. Celui-ci enlevé, l'ouïe redevint normale. L'oreille fut pansée à l'iodoforme et fermée à l'aide d'un tampon d'ouate. Il ne se produisit aucune réaction. Trois jours après l'opération, la surface d'insertion était recouverte d'une peau normale. L'intérêt de cette observation provient de l'emploi des pinces construites dans le but d'enlever la plus grande partie possible de la tumeur et dans celui du ciseau et du marteau pour compléter l'extraction.

Le Dr KNAPP fait observer qu'il est très difficile d'attaquer par le sommet les exostoses éburnées. Le mieux est de les attaquer par la base : l'os, à ce niveau, a moins de consistance. Après l'ablation, il est très important de prendre toute les précautions antiseptiques.

Le Dr JOHN ROOSA fait une communication sur le **diagnostic différentiel des affections de l'oreille moyenne et celles du labyrinthe** (*The differential diagnosis between affections of the middle ear and those of the labyrinth*).

Les opinions diffèrent au sujet de la facilité d'établir un diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et celle du labyrinthe. Il est des cas considérés d'ordinaire, comme des maladies de la caisse, qui doivent être classés parmi les affections du limaçon ou du nerf acoustique. L'auteur rap

porte en détail sept observations de ce genre. Ces malades sont arrivés à la période moyenne de la vie quand leur affection atteint son plus haut degré. Dans les cas de ce genre, on peut administrer avec avantage la strychnine, l'arsenic et la quinine. Une hygiène convenable est de rigueur. L'usage exclusif de la montre pour mesurer l'audition, amène ceux qui l'emploient à de fausses conclusions. La montre seule est insuffisante. Bien des personnes présentent des lésions qui les empêchent d'entendre convenablement la montre et certains sons, mais entendent bien la voix. D'après l'auteur, ces personnes qui entendent la parole mieux que la montre, ou qui entendent mieux dans une chambre tranquille qu'au milieu des bruits, et qui entendent mieux le diapason par voie aérienne que par voie crânienne, sont atteintes d'une affection du labyrinthe ou du nerf, et non pas d'une maladie de l'oreille moyenne, bien que, dans certains cas, l'affection labyrinthique puisse s'être greffée sur une maladie antérieure de la caisse.

Le D^r E. GRUENING, de New-York, demande si dans les cas décrits par le D^r Roosa, les malades ont été améliorés par le traitement général.

Le D^r Roosa considère les cas de ce genre comme incurables.

Le D^r HOLT a fait, pendant plusieurs années, des expériences avec le diapason et n'a pu arriver aux conclusions du D^r Roosa. On peut observer des cas de surdité très prononcée dans lesquels le diapason est encore mieux entendu par voie aérienne que par voie crânienne. Il a vu bien des cas où la perception crânienne au diapason était meilleure que la perception aérienne, et dans lesquels, à la suite du traitement, le contraire s'est produit. Pour son propre compte il entend très mal la montre. Il entend le diapason par voie aérienne trois ou quatre fois plus longtemps que par voie crânienne. Dans une chambre tranquille, il paraît entendre tout ce qui se dit, mais en voiture il entend mieux qu'une personne ayant les oreilles normales.

Le D^r ROOSA fait ensuite quelques remarques sur un **cas d'abcès cérébral** (*Some remarks upon a case of cerebral abscess*).

L'auteur vit le malade, un garçon âgé de onze ans; le 4 mai 1887, il présentait un gonflement douloureux de l'oreille droite. Le malade avait souffert de l'oreille deux ans auparavant, mais sans écoulement. Depuis trois mois il a des bourdonnements et des vertiges. Il y a huit jours, il a éprouvé une douleur dans l'oreille et le gonflement s'est montré. La perception au diapason est meilleure par voie crânienne que par voie aérienne. L'audition est normale à gauche. Immédiatement au-dessous et en avant du pavillon, il existe une tumeur fluctuante du volume d'une noix. Le conduit auditif est rempli d'une matière blanche que je suppose être une poudre qui a déjà été employée. Deux jours après son arrivée, le malade est anesthésié, et l'abcès ouvert laisse écouler une petite quantité ($1/2$ once) de pus de bonne nature. Pas de fistule. Le malade alla bien pendant neuf jours; des nausées et des vomissements survinrent alors, la température s'éleva. Le malade tomba dans le coma et mourut dix jours après son admission. A l'autopsie, on trouva un abcès cérébral ayant cinq centimètres de diamètre, et situé à environ un centimètre et demi dans la substance cérébrale au-dessous de la surface. La cavité de l'abcès était tapissée d'une membrane épaisse. Le tympan était perforé et la paroi supérieure du conduit était nécrosée. Au point de l'apophyse mastoïde et de la portion écailleuse de l'os, il existe une plaque nécrosée ayant un centimètre $1/2$ de diamètre. Le conduit et les cellules mastoïdiennes étaient remplis de matière caséeuse.

Le D^r ROOSA rapporte encore un cas de **suppuration du tympan survenue chez un malade atteint du mal de Bright** (*Suppuration of the tympanum occurring in a patient with Bright's disease*).

La malade, une femme âgée de quarante-deux ans, vint trouver l'auteur le 11 avril 1887. Elle éprouve, depuis la

veille, une vive douleur dans l'oreille. L'audition est très affaiblie. La perception cranienne au diapason est meilleure que par la voie aérienne. L'oreille gauche laisse s'écouler un liquide aqueux. L'examen des urines révèle l'existence du mal de Bright; la malade mourut quelques jours après d'un œdème des poumons. Le point sur lequel l'auteur veut appeler l'attention, c'est que la malade se plaignit de ressentir de vives douleurs à l'apophyse mastoïde; il conclut que la lésion n'exigeait pas une intervention chirurgicale, en raison de l'absence de sensibilité à la pression au sommet de cette apophyse. Il porta le diagnostic de maladie de l'oreille moyenne. L'autopsie démontra que l'apophyse mastoïde était intacte, mais qu'il existait une inflammation aiguë suppurée de la caisse, greffée sur un catarrhe chronique non suppuré. La mort fut la conséquence du mal de Bright.

Le Dr W. H. CARMALT, de New-Haven, demande si la sensibilité à la pression de l'apophyse mastoïde est un signe infaillible de suppuration des cellules.

Le Dr ROOSA. — C'est un signe très important, mais non pas infaillible.

Le Dr GRUENING, l'hiver dernier, a vu un grand nombre de cas d'abcès. Chez les enfants, il ouvre l'abcès et presque toujours aussi l'apophyse mastoïde, surtout quand l'abcès a été précédé d'une otite moyenne purulente. Quatre fois, sur sept cas, l'apophyse mastoïde était pleine de pus. De cette façon, il put drainer suffisamment l'abcès et tous les malades guérirent. Il a vu trois cas d'otite moyenne suppurée qui furent traités par des insufflations de poudre qui amenèrent la rétention du pus et la mort. Les trois malades moururent de méningite.

Le Dr B. E. FRYER, de Kansas, demande si la durée de l'abcès et celle de l'affection de l'oreille est la même.

Le Dr ROOSA dit que l'abcès central est de longue durée, des mois et peut-être des années. L'abcès est très certainement la conséquence de l'affection de l'oreille.

Le Dr W.-H. CARMALT observe que le fait de la présence autour de l'abcès d'une membrane épaisse ne prouve pas une longue durée. Récemment, dans un cas d'abcès cérébral consécutif à un traumatisme porté sur le pariétal, il tenta, par la trépanation, d'aller à la recherche du foyer purulent. Il introduisit un bistouri dans la substance cérébrale à une profondeur de cinq centimètres dans la direction supposée de l'abcès sans donner issue au pus. Le malade mourut, et à l'autopsie on constata un abcès au point supposé. Il était entouré d'une membrane si épaisse que la pression du bistouri avait poussé le pus dans les ventricules latéraux, et avait déterminé la mort. L'opération avait été faite deux mois après le traumatisme primitif.

Le Dr E. E. HOLT, de Portland, fait une communication sur **un insufflateur, avec des remarques sur l'emploi des poudres dans le traitement des maladies de l'oreille** (*An efficient powder blower, with remarks on the use of powders in the treatment of diseases of the ear*).

L'auteur présente et décrit son insufflateur. Il a fait usage pour la première fois d'insufflation de poudre dans un cas de suppuration de l'oreille, rebelle depuis deux ans à toute espèce de traitement. A la suite d'insufflations d'acide borique dans l'oreille, la suppuration disparut et n'est pas revenue depuis cinq ans. L'auteur est partisan de ce moyen dans le traitement des suppurations de l'oreille.

Le Dr SAMUEL THEOBALD présente lui aussi, un insufflateur à peu près semblable à celui du Dr Holt.

Le Dr W. SEELY n'est guère partisan des insufflations pulvérulentes dans les suppurations de l'oreille.

Le Dr ROOSA ne fait usage des poudres qu'avec une très grande circonspection; il considère cette méthode comme inférieure aux autres moyens de traitement.

Les Drs RANDALL (de Philadelphie), a eu l'occasion de traiter un grand nombre de cas d'otorrhée dans lesquels l'écoulement durait depuis cinq à quinze ans et avait été à peu près continu et fétide.

Après avoir nettoyé le conduit il a fait usage d'acide borique qu'il a employé tout d'abord en petite quantité et puis jusqu'à remplir parfaitement le conduit. Au bout de quelques jours la poudre est dissoute et l'écoulement moins abondant et sans odeur. Il n'a jamais eu de mauvais résultats.

Le Dr KNAPP, dans les cas d'otorrhée aiguë a fait usage d'acide borique. Il recommande au malade de nettoyer son oreille trois fois par jour à l'aide d'une injection. Il introduit ensuite la poudre dans l'oreille jusqu'à ce que le conduit soit absolument rempli. Si la poudre devient humide, le malade doit la faire enlever à l'aide d'une injection et en mettre de nouveau. Dans la majorité des cas d'otorrhée aiguë, on n'a pas à employer d'autre traitement. Dans les cas chroniques, il enlève les végétations ou les parcelles d'os nécrosés qu'il peut apercevoir et fait faire des instillations d'alcool à 50, 60 degrés, ou d'alcool absolu mêlé au sulfo-phénate de zinc qu'il fait alterner avec le nitrate d'argent. Il continue ce traitement jusqu'à complète disparition de l'écoulement. Il ne fait rien contre les perforations, sauf dans certains cas rares, lorsque la perforation est petite et que les bords sont parfaitement nets; depuis plusieurs mois déjà, dans un cas il fit usage avec succès d'un tympan artificiel composé d'un petit morceau de papier de la grandeur de la perforation. L'ouïe fut notablement améliorée.

Le Dr C. R. AGNEW, dans l'emploi des solutions en instillations, pratique une manœuvre que quelques-uns des membres de la Société ne connaissent peut-être pas. Après avoir nettoyé l'oreille du malade, il lui fait incliner la tête du côté opposé, puis, remplissant le conduit auditif des liquides médicamenteux, il place à l'ouverture du canal l'embout de la poire de Politzer qu'il presse ensuite de façon à faire pénétrer le liquide dans toutes les parties de l'oreille et quelquefois même dans le pharynx. Cette méthode peut être utile dans quelques cas.

Le Dr Samuel THEOBALD croit que les poudres et les solutions sont également utiles. L'emploi de l'acide borique ne lui

a jamais donné de mauvais résultats. Dans les cas de suppuration de la caisse avec une perforation du tympan, petite ou de moyenne grandeur, l'acide borique fait disparaître l'écoulement mais agrandit la perforation. Dans ces cas-là, il préfère les solutions. Dans les cas aigus, il se sert toujours de solutions. Quand le tympan est très endommagé et la muqueuse de la caisse granuleuse, l'emploi de l'acide borique pulvérisé est formellement indiqué. Il ne croit pas nécessaire de remplir complètement le canal. Un coup de poire de l'insufflateur envoie une quantité suffisante de poudre.

Le Dr KNAPP dit que dans les cas d'otite moyenne aiguë suppurée, qui sont certainement d'origine bacillaire, il emploie l'acide borique à cause de ses propriétés absorbantes. La suppuration, la fermentation, la décomposition, ne peuvent se faire dans un milieu sec. Dès que l'acide borique devient humide on doit le remplacer. Dans les cas aigus, ce mode de traitement lui paraît supérieur à tous les autres.

Le Dr E. GRUENING fait quelques remarques au sujet des trois observations dont il a déjà parlé. Dans ces trois cas, il a attribué l'issue fatale à l'emploi de l'acide borique pulvérisé. Le premier cas est celui d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait eu une otite aiguë consécutive à la douche nasale. On lui conseilla les insufflations pulvérulentes. Quelques jours après, elle éprouve de la céphalalgie, des vertiges et une grande sensibilité d'un des côtés de la tête avec un léger gonflement de l'apophyse mastoïde. Le Dr Gruening vit la malade alors qu'elle était dans le coma. La membrane du tympan était saillante et injectée, elle présentait une perforation remplie par la poudre. Le pus qui s'était formé dans la caisse s'écoulait par la trompe. Il fit une incision de la membrane, nettoya soigneusement la caisse et avertit le médecin de la famille qu'il y avait lieu de pratiquer l'incision de l'apophyse mastoïde. L'incision fut faite, les cellules mastoïdiennes étaient remplies de pus. La malade recouvra sa connaissance mais mourut le jour suivant.

Dans le second cas, il s'agit d'une dame de soixante ans,

atteinte d'une otite moyenne suppurée. Son médecin lui fit des insufflations de poudre. Quelques heures plus tard elle commença à souffrir de violents maux de tête, les symptômes de la méningite apparurent bientôt. Il existait sur le tympan une petite perforation qui était fermée par la poudre. La membrane du tympan fut incisée mais la malade mourut de méningite.

Le troisième fait est celui d'un enfant qui souffrait depuis longtemps d'une otite moyenne suppurée avec destruction des deux tympans. Ce cas est le seul dans lequel la poudre a été tassée dans le conduit ; à la suite l'enfant eut des frissons à diverses reprises. Le Dr Gruening, appelé, enleva non sans peine les tampons qui étaient durs et formaient des masses concrètes. L'enfant mourut de pyémie.

Le Dr ROOSA croit que dans la plupart des cas, l'otite moyenne aiguë suppurée est une affection absolument localisée (*self-limited*). On doit s'efforcer de tenir l'oreille propre et parfaitement sèche. On doit la tenir sèche non pas dans le but d'empêcher la production des germes, car il ne croit pas à la nature microbienne de la maladie. Il considère les microbes comme l'effet et non comme la cause de la maladie. Il pense qu'ils retardent la guérison et doivent être, par conséquent, enlevés.

Dans la plupart des cas aigus, le seul traitement doit être l'irrigation avec de l'eau tiède et de dessécher ensuite l'oreille. En dehors de la présence des germes, il croit que le pus a des propriétés chimiques qui le rendent corrosif, aussi l'on doit, autant que possible, l'empêcher de séjourner dans l'oreille.

Le Dr THEOBALD proteste contre l'opinion que l'acide borique agit surtout à cause de ses propriétés hydrophiles. Il agit très bien aussi en solution et il a vu des cas dans lesquels la suppuration s'est arrêtée à la suite d'une seule instillation d'acide borique en solution concentrée.

Le Dr J. A. LIPPINCOTT considère l'acide borique comme un médicament excellent. Il est des personnes chez lesquelles les

insufflations de poudre sont irritantes et nuisibles en vertu d'une idiosyncrasie particulière. Dans les cas du Dr Gruening les accidents sont survenus parce que les applications ont été mal faites. On peut éviter tout danger en appliquant l'acide borique sous forme de poudre très finement porphyrisée.

(A suivre.)

Dr J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Des théories pathogéniques de l'asthme,

par le Dr G. SCHLEMMER.

Après avoir dans un premier paragraphe, passé en revue les principales données expérimentales relatives à la respiration, l'auteur rappelle que pour Kochs, les causes déterminantes ne feraient éclater l'accès *que dans le cours d'un état prodromique*, qui passe en général inaperçu. Ces symptômes prémonitoires indiquent déjà une altération fonctionnelle à laquelle participent le sympathique et le pneumogastrique.

A. Fränkel et Ungar attribuent cette pneumatose à la propagation d'une *congestion catarrhale* qui tuméfie la muqueuse des bronches et en rétrécit encore le calibre au moyen de mucosités. Cette théorie se rapproche de la théorie de la *névrose sécrétoire* de Parrot, et de la théorie de la *tuméfaction purement vaso-motrice* de Weber et de Størk. Consécutivement aux troubles vaso-moteurs, les uns admettent un *spasme des bronches irritées directement* par les cristaux octaédriques ou par l'âcreté de l'exsudat, ou bien un *spasme réflexe* émanant de l'excitation des rameaux nerveux centripètes et aboutissant à la contraction, soit des muscles de Reissessen, soit du diaphragme; les autres admettent une excitation directe des centres respirateurs au contact d'un sang déjà insuffisamment revivifié. Enfin, pour la plupart des auteurs, l'excitation qui sert de cause déterminante provoque *simultanément le spasme musculaire et la dilatation vaso-motrice*.

Après examen des diverses théories, l'auteur admet que rien ne s'oppose à reconnaître dans l'athisme, en même temps que ces troubles vaso-moteurs, un spasme bronchique coexistant avec une contraction phrénique à laquelle peut s'adjoindre encore celle de différents muscles extrinsèques.

En dehors des irritations bronchiques, le rôle de la muqueuse nasale est devenu le sujet de discussions et de publications allemandes que résume l'auteur.

On a encore admis, d'après les expériences de Goltz, et aussi d'après les observations de Schnitzler et de Fenikievy, l'*origine cutanée* de quelques crises asthmiques. L'*origine psychique* semblerait aussi, d'après Mackenzie, Lublinsky et Bøcker, devoir être admise. Quant à l'accès d'*origine hématique*, son existence quoique contestée paraît suffisamment établie pour qu'il soit impossible de la révoquer en doute.

Pour ceux qui admettent l'origine nasale de l'asthme, le traitement local doit s'adresser à la cause. La médication générale consiste dans l'administration des anti-spasmodiques. (*Union méd.*, 22, 24, 26 février 1887, n^{os} 25, 26 et 27.)

M. NATIER.

Sur l'étiologie du rhino-sclérome, par le professeur CORNIL.

Le rhino-sclérome est une affection due à la présence de parasites bactériens, comme l'ont démontré les recherches anatomo-pathologiques. Ces parasites sont constitués par des bacilles entourés d'une capsule. Après s'être étendu assez longuement sur leur mode de préparation et de culture, M. Cornil rapporte les expériences entreprises par Paltauf et von Eiselsberg pour démontrer l'étiologie du rhino-sclérome. Il résulte des recherches de ces auteurs, que les bacilles du rhino-sclérome ont peu d'action sur les souris, les cobayes et les lapins, tandis que ceux de la pneumonie ont une action évidente et constante. Ils sont portés à croire que les bactéries de la rhinite, de l'ozène, de la pneumonie et du rhino-sclérome ne sont que des modalités différentes d'un même microbe.

M. Wolkowitsch qui a aussi fait une étude du rhino-sclé-

rome en arrive aux mêmes conclusions que les auteurs précédents. (*Connaiss. médic.*, 23 déc. 1886, n° 51.) M. N.

Trois cas d'empyème du sinus frontal, par le Dr LYDER BORTHEM
(de Trondhjem).

1° — Chez une femme de cinquante-six ans, dont le début des accidents remonte à deux ans, on trouve l'œil droit regardant en dehors et en bas, un peu d'exophtalmie, avec abaissement de la pupille droite, et au niveau de l'angle interne de l'œil, existence d'une tumeur qui s'étend du front jusqu'entre le sac lacrymal et le bulbe de l'œil. Cette tumeur dure, fluctuante, mesure environ 3 centimètres. Pas de phénomène de compression, légère douleur à la pression. A l'exploration, on retire du pus. Incision, drainage, guérison, sauf des maux de tête quand la malade courbe la tête.

2° — Une demoiselle de cinquante ans porte une tumeur analogue au niveau de l'angle interne de l'œil. Même traitement; guérison au bout de quinze jours.

3° — Tumeur de l'orbite gauche chez une demoiselle de trente ans; choroidite disséminée, proéminence de l'œil, diplopie, céphalées, insomnies. Même traitement; il persiste un peu de diplopie. (*Medicinsk Revue*, mars 1886, et *Revue int. des Sc. méd.* 31 oct. 1886, n° 34.) M. N.

Sarcome des fosses nasales. Ablation. Ozène consécutive.
Guérison, par le Dr ROUTIER, chirurgien des Hôpitaux.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, sujet à d'abondantes épistaxis paraissant liées à une tumeur qui obstruait complètement les fosses nasales, fut atteint, en juin 1885, d'un coryza qui finit par devenir chronique. De là débutent les accidents qui l'amènèrent à l'hôpital. Depuis cinq mois, le malade ne peut plus se moucher; l'odorat est absolument aboli, la muqueuse pituitaire insensible. L'air ne passe plus par les fosses nasales. Acuité auditive très diminuée. A gauche, le stylet s'enfonce de 4 centimètres; à droite, de 6 cent. 1/2.

Par l'examen, on constate l'existence d'une tumeur plus développée à gauche qu'à droite, s'étendant verticalement de

la base du crâne à la voûte palatine, et mesurant de 2 à 3 centimètres ; d'avant en arrière, elle doit avoir environ 7 centimètres. Le point d'implantation probable est au niveau du plancher des fosses nasales et sur la ligne médiane.

L'âge du malade, la rapide évolution de la tumeur, sa vascularisation très riche, sa consistance, sa lobulation, sa friabilité font penser qu'il s'agit d'un sarcome.

La tumeur fut d'abord cautérisée au chlorure de zinc, puis après incision du voile du palais, deux cautérisations furent faites au fer rouge. Le mal ne paraissant guère s'améliorer, M. Routier, après avoir endormi le malade, essaya d'abord, sans résultats, de faire l'ablation avec des pinces coupantes, il se servit alors de la curette de Volkmann et put enlever trois ou quatre morceaux gros comme des noix. L'hémorragie abondante fut arrêtée par le tamponnement des fosses nasales.

Les suites furent des plus simples : le malade recouvra l'odorat et la facilité de respirer par le nez. — Le voile fut restauré et la cicatrisation fut complète, à l'exception d'une fistulette. — Survint un ozène, que l'auteur attribue à l'élargissement des fosses nasales dû à l'atrophie des cornets, et qui fut traité par des lavages quotidiens à l'eau salée.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait réellement d'un sarcome, et pourtant, depuis l'opération qui remonte au 25 janvier, il n'y a pas eu trace de récurrence. (*Revue de chirurgie*, n° 1, 10 janvier 1887.)

M. NATIER.

VARIA

Kyste séreux du cou. Ponction iodée. Guérison,

par M. le Dr DUPIN de Toulouse.

L. G., sept ans et trois mois, lymphatique, portait trois semaines après sa naissance, à la face latérale gauche du cou, une petite tumeur qui disparaissait sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt. — Peau normale. L'emploi d'une pommade détermine l'inflammation de la tumeur qui grossit rapidement.

M. Dupin voit alors le malade. La tumeur était située en re le bord postérieur du sterno-mastoïdien et du trapèze ; elle avait

le volume d'une petite orange. La peau présentait un commencement de sphacèle. Ponction de la tumeur avec un gros trocart (n° 2 de Charrière) sur le point sphacélé. On retire 120 grammes de liquide séro-purulent. A la suite, injection iodée.

Vingt-deux jours après l'opération, la guérison était complète. Deux photographies représentant le malade avant et après l'intervention, accompagnent cette intéressante observation. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 1^{er} février 1886.)

Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement,
par le Dr de BURINE.

La première question que se pose l'auteur, c'est de savoir si le corps thyroïde ne participe pas, dans une certaine mesure, à l'hypertrophie dont sont atteints la plupart des organes de la femme dans l'état de gestation. Peut-être aussi l'augmentation de volume serait-elle due à l'hypergénèse des follicules lymphoïdes ; à signaler encore l'hypertrophie du cœur gauche comme une des causes possibles. — Si l'on voit après l'accouchement le goître persister chez certaines femmes, alors qu'au contraire il disparaît chez d'autres, c'est, nous dit M. de Burine, qu'à côté de l'élément congestif transitoire, il existe un élément permanent, celui-ci inflammatoire et hyperplasique. Les efforts plus ou moins longtemps prolongés, tels que ceux faits par la femme au moment du travail, les obstacles à la circulation de retour, sont autant de causes capables d'engendrer à la longue l'hypertrophie du corps thyroïde. Une femme présentera une prédisposition au goître d'autant plus grande, qu'elle aura eu un nombre d'enfants plus considérable, car dans ce cas, l'élément congestif et l'élément inflammatoire auront plus souvent agi sur le corps thyroïdien.

L'auteur joint à son travail trois observations de goître consécutif à la grossesse.

Dans la première, il s'agit d'une femme de trente-six ans arrivée à la neuvième grossesse et chez laquelle l'asphyxie faillit se produire par compression de la trachée, suite de goître, au moment de l'expulsion du fœtus ; une application

de forceps fut nécessaire pour parer aux inconvénients. La malade est plus tard entrée dans un service de chirurgie pour se faire opérer de son goître.

La malade qui fait l'objet de la deuxième observation était âgée de trente-deux ans, enceinte pour la quatrième fois; l'oppression devint très-marquée. Stationnaire pendant la grossesse, le goître augmenta au moment du travail qui fut long, mais sans grande dyspnée. A l'occasion d'une cinquième grossesse, le corps thyroïde offrait un volume plus considérable encore, mais les craintes d'asphyxie furent vaines et l'accouchement normal.

Troisième observation. — Femme de trente-deux ans, quatre grossesses; après la première apparaît au niveau du corps thyroïde une tumeur du volume d'un marron; elle demeure stationnaire pendant les trois grossesses consécutives sans jamais occasionner la moindre gêne pour la malade. (*Thèse de Paris*, 1886.)

M. NATIER.

Le goître est-il héréditaire? (*Is goitre hereditary?*), par le
Dr ALLEN THOMSON SLOAN.

Quelle que soit l'origine du goître, l'hérédité joue dans sa production un rôle important. Sur 12 cas recueillis par l'auteur, l'hérédité dans 8 cas était évidente. Non seulement la maladie est héréditaire, mais elle est parfois congénitale. L'auteur en a observé un cas, il en rapporte un second observé par le Dr Keiler. (*The Brit. Med. Journ.*, 6 novembre 1886.)

Dr J. CH.

Kyste du corps thyroïde, extirpation; guérison,
par le Dr I.-A. FORT.

Il s'agit dans cette observation d'un individu âgé de vingt ans, et atteint de goître depuis quatre ans. De la grosseur d'une orange et située sur la ligne médiane et le côté droit du cou, la tumeur provoquait des accès de suffocation assez fréquents. Bien qu'elle offrit à son centre et profondément, de la fluctuation, comme elle était cependant dure en plusieurs points, M. Fort se décida à pratiquer la *thyroïdectomie*. L'opération eut lieu sous le chloroforme; aucun vaisseau ne

fut lié, mais on dut mettre deux pinces hémostatiques à demeure pour arrêter une hémorragie veineuse survenue une heure après. Le neuvième jour, le malade pouvait se lever et la guérison définitive ne tarda pas à s'établir.

Les conclusions tirées par l'auteur de cette observation sont qu'on doit pratiquer toutes les thyroïdectomies sans poser un seul fil sur les vaisseaux.

Un seul fait suffit-il pour légitimer une assertion de cette nature? (*Gaz. des Hôpit.*, 13 janv. 1887, n° 6.) M. N.

Sur l'extirpation du goître, conférence faite par le professeur Jacques-L. REVERDIN (de Genève), en novembre 1885, à la clinique du professeur Léon TRIPIER.

Dans la première partie de cette leçon, à propos des indications de l'extirpation du goître, l'auteur se résume ainsi : 1° Il ne faut pas extirper le goître pour des raisons de cosmétique pure; 2° il faut extirper le goître quand il ne cède pas au traitement médical, qu'il s'accroît et menace de devenir une cause de gêne, de douleurs ou de troubles respiratoires; 3° il ne faut pas attendre que les accidents aient atteint leur période de gravité, mais il faut opérer dès que le malade présente les premiers symptômes de compression.

Jadis considérée comme une des opérations les plus graves de la chirurgie, l'extirpation du goître est maintenant d'une bénignité relative, et l'on peut dire que c'est à la méthode antiseptique et aux perfectionnements du manuel opératoire, en particulier de l'hémostasie, que nous devons l'abaissement si remarquable de la mortalité.

Parmi les accidents primitifs, on doit signaler les troubles de la phonation, qui sont de deux ordres : 1° ils peuvent être dus à une lésion traumatique des récurrents; 2° ou à une imbibition des fibres nerveuses par les antiseptiques employés. Il faut aussi mentionner les troubles pouvant survenir après la guérison de la plaie, et qui seraient liés à la formation du tissu cicatriciel. Parmi les autres complications, on a encore rencontré : de la dysphagie due aux mouvements d'ascension du larynx en plein foyer traumatique pendant la déglutition;

de la tétanie et surtout, après l'extirpation totale de la thyroïde, le *myxœdème opératoire* que les deux Reverdin ont été les premiers à mentionner. Ce myxœdème opératoire s'accompagne d'une série d'accidents que l'auteur expose dans tous leurs détails, et dont nous ne retiendrons que ceux qui peuvent intéresser plus directement les lecteurs de la *Revue*. Les organes des sens sont quelquefois atteints, le goût est diminué ou supprimé, la vue s'affaiblit, l'ouïe devient moins fine; certains sujets éprouvent des sensations de vertige, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Les hypothèses n'ont pas manqué pour expliquer ces complications bizarres et inattendues de la thyroïdectomie. Or, le seul point qui paraisse définitivement acquis, c'est qu'on ne les observe qu'à la suite de la thyroïdectomie totale, qu'elle ait du reste été pratiquée en une ou deux séances.

M. Reverdin décrit ensuite longuement et minutieusement le manuel opératoire de la tumeur à l'extirpation de laquelle il va procéder. Ce goître, dont l'observation détaillée a été prise par MM. Rafin et Mollard, présentait, au nombre de ses symptômes, une diminution de l'acuité auditive à droite. Cette demi-surdité aurait coïncidé avec la période pendant laquelle le goître a augmenté le plus brusquement. La tumeur enlevée pesait 215 grammes et était du volume d'un poing de dimension moyenne. L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait d'un goître colloïde, aréolaire. (*Lyon méd.*, 11-18 avril, 2 mai 1886, nos 15, 16, 18.)

M. NATIER.

A propos de l'énucléation intra-glandulaire, par le professeur Jacques L. REVERDIN (de Genève).

Jusque dans ces derniers temps, il a été admis par les cliniciens, d'accord en cela avec les physiologistes, que seule l'extirpation totale de la thyroïde amenait la cachexie strumiprive; aussi comme conséquence toute logique, la thyroïdectomie totale devait-elle être bannie de la chirurgie et remplacée par la thyroïdectomie partielle. Cependant, il pourra se rencontrer des cas où la thyroïdectomie partielle ne sera pas toujours praticable, à cause du volume excessif

du goître; alors, pour ne pas pratiquer une extirpation totale, deux procédés nouveaux ont été proposés. Le premier, dû à Mikulicz, consiste à garder de chaque côté un fragment de la thyroïde qui a été pédiculisé, lié et laissé en place. Wœlfer, à qui on doit l'invention du second procédé pratique, conseille la ligature atrophique des artères thyroïdiennes. Enfin dans certains cas, à l'exemple de Sydney Jones, on a pratiqué la résection de la glande. Or, M. Reverdin, d'après les observations qu'il a pu rassembler, se croit en droit de conclure que toutes les opérations qui suppriment une partie un peu importante de la thyroïde, exposent par cela même au myxœdème, au moins dans sa forme atténuée ou FRUSTE. L'énucléation recommandée par Socin (de Bâle), au contraire, ne supprime que les parties malades et laisse subsister le parenchyme normal établi autour d'elles; aussi, la fonction continuant, pas de myxœdème.

Dans tous les cas d'énucléation on devra soigneusement séparer la couche enveloppante de la tumeur proprement dite. Le procédé de Socin, le plus souvent praticable, peut cependant rencontrer quelques exceptions: ce sont ces cas où il n'existe pas de délimitation exacte entre les parties saines et les parties dégénérées. (*Sem. méd.* du 23 février 1887.)

M. NATIER.

L'énucléation intra-glandulaire du goître, par Albert HEYDERICH, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

La cachexie strumiprive, résultat de l'extirpation totale de la glande thyroïde, doit être à l'avenir avantageusement combattue par la méthode que Sosin (de Bâle) a imaginée: l'énucléation intra-glandulaire des parties qui ont subi la dégénérescence goitreuse.

Dans la majorité des cas, les parties malades se présentent sous la forme de nodosités circonscrites, entourées d'une capsule; il importe de savoir découvrir cette capsule, pour que l'opération puisse être menée à bonne fin. Or, des circonstances pourront se présenter: ou bien les nodosités sont superficielles et recouvertes d'une couche glandula-

saine, très mince, et alors on s'exposera à poursuivre trop loin la dissection ; ou bien il faudra, les nodosités étant profondément situées, traverser une couche de tissu sain, saignant abondamment et pouvant, par suite, singulièrement compliquer l'opération. — Une fois la capsule sûrement reconnue, l'opération devient très facile ; on procède à l'énucléation des nodosités, soit par une incision unique, soit par plusieurs incisions. L'énucléation terminée, on réunit par quelques points de suture au catgut, les lèvres de la coque du tissu glandulaire sain qui reste en place.

Les raisons qui ont guidé Socin dans le choix de son procédé, c'est que l'énucléation intra-glandulaire du goître est relativement facile et sans danger, alors que l'extirpation du corps thyroïde offre au contraire de graves difficultés. De la sorte, en effet, on évite à la fois les vaisseaux et les nerfs importants de la région. De plus, le cou conserve son aspect normal, ce qui est encore un avantage au point de vue esthétique. Il est encore bon de faire remarquer qu'avec le procédé de Socin, il n'existe pas de *tétanie* comme on en rencontrait si fréquemment à la suite des extirpations *totales* du corps thyroïde. Un dernier avantage, c'est que jamais il ne survient de menace d'asphyxie, car les parties restantes de la thyroïde servent de tuteur à la trachée et l'empêchent de s'aplatir. (Sem. méd., n° 2, 12 janvier, 1887.) M. NATIER.

Un cas de goître exophtalmique avec autopsie,
par le Dr HERVOUET.

Il s'agit dans cette observation d'une femme de quarante-huit ans, d'un tempérament nerveux, atteinte de goître exophtalmique remontant à une époque assez éloignée, et qui vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes ; sujette à des attaques de dyspnée d'une intensité considérable, elle succomba dans un accès de suffocation.

A son autopsie, parmi les lésions constatées, on rencontra dans le larynx un abcès sous-muqueux qui donna lieu à un écoulement de pus épais renfermant des débris cartilagineux. La loge, qui contenait ce pus, occupait exactement la place

du chaton du cartilage cricoïde qui semblait avoir subi la fonte purulente de ses éléments constitutifs.

Les troubles respiratoires intenses qui ont emporté la malade peuvent être attribués aux désordres laryngés. M. Hervouet pense que ces désordres sont des troubles trophiques dépendant de la dégénérescence du nerf récurrent. Dans le cas particulier, en effet, les lésions bulbaires lui paraissent insuffisantes par elles-mêmes à expliquer les troubles respiratoires et cardiaques.

Ne doit-on pas s'étonner que l'existence d'accès de suffocation n'ait pas donné à penser que l'examen du larynx eût pu être utile à la malade? (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 décembre 1886.)
M. N.

La cocaïne dans la coqueluche. Son usage est-il sans danger chez les jeunes enfants (*Cocaine in whooping cough. Is its use safe in young children*), par le Dr EMMET HOLT.

• Les badigeonnages du pharynx et du larynx avec la cocaïne chez les jeunes enfants peuvent donner lieu à des accidents. L'auteur en rapporte plusieurs observations. Il en conclut :

1° On ne doit user de la cocaïne chez les jeunes enfants qu'avec de grandes précautions;

2° On ne doit pas la donner en pulvérisation, car il est alors impossible de mesurer exactement la dose;

3° On ne doit pas faire usage chez les enfants âgés de moins de deux ans de solution au-dessus de 4 0/0, et chez les enfants au-dessus de cet âge, on ne doit faire les badigeonnages qu'avec de grandes précautions. La même remarque s'applique autant au rectum qu'à la gorge;

4° Dans les cas où il l'a employé, il n'en a retiré aucun avantage bien marqué;

5° Le chloral lui paraît très utile pour combattre les symptômes dus à la cocaïne (*N.-Y. Med. Journ.*, 23 octobre 1886.)

Dr J. CH.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LES TROUBLES DE LA VOIX DANS LA LARYNGITE CATARRHALE AIGUE.

Par le Dr E. J. MOURE (1).

Les altérations de la voix dans le cours de la laryngite aiguë ont surtout été étudiées par MM. Krishaber et Peter dans leur article du dictionnaire encyclopédique (2). Ces auteurs consacrent un assez long paragraphe à la physiologie pathologique de la phonation, énumérant les diverses altérations de la muqueuse (gonflement des cordes vocales, hypersécrétion) qui viennent entraver cet acte physiologique. Non seulement les cordes vocales sont épaissies, disent-ils, mais les muscles tenseurs ont perdu partiellement leur énergie, par le fait même de leur participation à l'inflammation. Il résulte de ces conditions physiques et dynamiques que les cordes sont relâchées, inégalement tendues ou incapables de l'être, ce qui fait que la voix est rauque d'abord, puis grave, par diminution de la tension, puis éteinte, par abolition complète de cette tension : « L'extinction de la voix, » ajoutent encore ces auteurs, peut aussi résulter » d'un gonflement excessif des cordes vocales supérieures qui s'appliquent alors sur les inférieures et empêchent les vibrations de celles-ci. Enfin, les cordes » vocales gonflées et recouvertes de mucosités se touchent par instants, des nœuds de vibration se forment, » le nombre de ces vibrations devient plus considérable, » et, par conséquent, le son est plus aigu. Ainsi, s'expliquerait ce fait bizarre en apparence qu'on observe » parfois dans la laryngite, que la voix enrouée, rauque, » change brusquement de ton, passe du grave à l'aigu » sans transition, et prend le timbre de la voix de » fausset. »

(1) Communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, Toulouse, 1887.

(2) T. I, 2^e série, p. 384.

Pour Ziemssen (1), c'est surtout le défaut de parallélisme des cordes, dont le bord libre offre un bord concave formant une glotte ouverte qui produit les principales modifications de la voix dans les inflammations aiguës de la muqueuse laryngée. Toutefois, cet auteur, dans les figures qui accompagnent sa description, mentionne la paralysie de certains muscles isolés et particulièrement de l'ary-aryténoïdien. Les idées et dessins de Ziemssen ont été reproduit par d'autres auteurs et particulièrement par Solis Cohen (2) et Lennox-Browne (3). Suivant Gerhardt (4) la cause de cet état serait le plus souvent la paralysie et la parésie des muscles thyro-aryténoïdiens; Morell-Mackenzie (5) partage l'opinion de Ziemssen en admettant que la tension longitudinale et peut-être transversale des cordes, est incomplète et probablement inégale.

Il résulte de ce court aperçu que l'opinion généralement admise pour expliquer les troubles de la voix dans le cours de la laryngite catarrhale aiguë est l'existence soit de lésions matérielles empêchant le fonctionnement des cordes vocales, soit d'un trouble musculaire occasionné par l'inflammation de la muqueuse sus-jacente, trouble qui se manifesterait surtout du côté des rubans vocaux, empêchant leur tension et leur juxtaposition complète au moment de l'émission du son.

La théorie des nœuds de vibration émise par Krishaber et Peter, quoique très ingénieuse et savamment exposée, séduisante même en apparence, ne nous paraît pas confirmée par l'examen clinique du malade. En effet, si l'on examine le larynx d'un sujet atteint de laryngite aiguë simple, offrant les troubles si caractéristiques de

(1) *Handb. der Krank. des respirat. appar.*, T. I, 1879, p. 215.

(2) *Diseases of the throat and nas. passages*, 1879.

(3) *The throat and its diseases* (2^e édit., Londres, 1887).

(4) *Handb. der Kinderkrank. Tübingen*, 1878.

(5) *Traité des mal. du larynx*. Traduit par E. J. Moure et Bertier, Paris 1882, p. 372.

la voix dans cette affection, dysphonie, raucité, passage rapide d'un registre à un autre, aphonie même dans certains cas, il nous sera facile de constater qu'à chacune de ces modifications du timbre et de la hauteur du son, correspond un état pathologique à peu près spécial.

La lésion n'est pas toujours unique, pas plus que les troubles de la voix ne sont constamment les mêmes.

S'il est des cas où les troubles phonétiques proviennent directement du gonflement de la muqueuse vocale, il faut bien dire que généralement ces altérations ne s'observent que dans ce que l'on appelle la *laryngite intense*. En effet, dans l'inflammation catarrhale simple de la muqueuse laryngienne, les signes objectifs semblent fort peu marqués, et au premier aspect, l'on s'expliquerait difficilement les troubles vocaux considérables qui résultent d'une lésion aussi légère en apparence.

L'infundibulum laryngien, l'épiglotte et ses replis sont d'un rouge plus ou moins vif, mais les cordes vocales sont parfois simplement rosées, légèrement dépolies à leur surface et laiteuses. Dans les cas plus prononcés, elles peuvent même être rouges et légèrement inégales à leur surface, mais ce n'est évidemment pas dans cet état inflammatoire *objectif* qu'il faut chercher l'explication de la dysphonie ou de la perte complète de la voix dans certains cas. Ne sommes-nous pas habitués à voir des malades ayant des altérations matérielles des lèvres glottiques bien autrement considérables et cependant parler d'une voix *uniformément* enrouée. Si la lésion des cordes vocales supérieures ou inférieures explique en partie la modification de la voix, l'enrouement *régulier* et uniforme, elle ne saurait fournir l'explication des divers changements qui s'opèrent d'une minute à l'autre, souvent même dans la prononciation d'une même syllabe, au cours de la laryngite aiguë. Il nous faut donc chercher ailleurs l'explication de ce phénomène, et avec les auteurs que nous avons cités, admettre l'existence d'un trouble musculaire qu'il est du

reste facile de constater à l'examen laryngoscopique.

Avec eux, nous admettrons volontiers que c'est le défaut de parallélisme des cordes vocales, leur tension irrégulière, conséquence de la parésie ou paralysie des thyro-aryténoïdiens, qui constitue une des causes des troubles phonétiques. Toutefois, si le muscle précédent, situé dans l'épaisseur des cordes vocales, est singulièrement exposé, par sa situation anatomique, à subir les atteintes de l'inflammation catarrhale, il en est un autre, aussi important que le précédent pour la production du son, qui se trouve lui aussi placé directement au-dessous de la muqueuse laryngienne, et qui, par ce fait, offre une prise considérable aux atteintes du mal ; c'est l'ary-aryténoïdien occupant seul la partie postérieure de l'organe vocal, rapprochant, au moment où il se contracte, les deux aryténoïdes l'un de l'autre, fermant en arrière la glotte inter-cartilagineuse. Ce muscle offre, en effet, une surface relativement considérable, et, plus facilement que tout autre, il se trouve exposé, lorsque la muqueuse qui le recouvre est le siège d'une inflammation aiguë.

Or, nous savons cliniquement (1) que la paralysie isolée de ce muscle suffit pour produire l'*aphonie complète*, tandis que sa parésie occasionne une raucité plus ou moins prononcée, non seulement de la voix, mais de la toux qui prend alors le timbre croupal. Il nous sera donc assez facile de comprendre que ce muscle, presque toujours plus ou moins atteint dans la laryngite aiguë, joue un rôle très important dans les modifications de la voix qui se produisent au cours de cette maladie. L'inflammation catarrhale de la muqueuse laryngienne figure, du reste, dans l'étiologie de la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien (2), et l'un de mes élèves, M. le

(1) E. J. Moure, *Clinique sur les maladies du larynx*, Paris 188 T 1. fasc. I, p. 39.

(2) Bosworth, *A manual of diseases of the throat and nose*, p. 346 New-York, 1881.

Dr Lecointre(1), a parfaitement insisté sur cette particularité. Aussi, tout en reconnaissant avec Mandl (2) que l'appréhension que fait éprouver au malade la sensibilité exagérée de son larynx est une cause d'aphonie, nous serons tout aussi disposé à admettre que c'est la paralysie ou la parésie de l'ary-aryténoïdien qui constitue le facteur le plus important de l'aphonie. Avec l'auteur précédent, nous expliquerons le passage rapide de la voix grave à l'aigu par la contraction inégale des fibres musculaires de l'aryténoïdien transverse. S'il reste en partie relâché, le son est éteint, voilé ou rauque, et si brusquement il se contracte, pendant l'effort exagéré, les cordes vocales se mettent en position de voix de fausset et la note sort aiguë et criarde. La contraction irrégulière des cordes vocales produit au contraire la bitonale, enrouée, grave, la disphonie même, dans les cas où une mucosité visqueuse vient se fixer vers la partie moyenne des rubans vocaux, ou lorsque le thyro-aryténoïdien se contracte d'une manière inégale.

Il est du reste très facile de vérifier, par l'examen direct de l'organe, l'exactitude du fait que je viens d'avancer. Il arrive souvent qu'au moment de l'émission du son, on voit les cordes vocales se rapprocher spasmodiquement, tâtonnant en quelque sorte pour arriver à produire un son qui, voilé d'abord, sort ensuite très aigu, puis éteint.

Dans ce cas, on constate très souvent, au début, une tension anormale des cordes vocales qui arrivent à se tendre presque brusquement au moment de l'émission du son; puis, subitement, les deux aryténoïdes s'écartent légèrement l'un de l'autre, laissant passer l'air et occasionnant l'aphonie. L'ary-aryténoïdien, comme fatigué de cet excès de tension, se relâche soudain, empêchant alors l'émission du son.

(1) *Lecointre, Etude sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien. Thèse de Bordeaux 1883.*

(2) *Mandl, Traité prat. des mal. du larynx, 1872, p. 662-63.*

D'autres fois, c'est d'emblée que l'on voit, en arrière de l'organe vocal, le triangle glottique caractéristique de la paralysie aryténoïdienne, avec l'épiglotte abaissée, comme elle l'est toujours dans ces cas. Le malade est alors aphone jusqu'au moment où, sous l'influence d'un effort, une contraction brusque et irrégulière vient produire un son en rapport avec l'état de la tension musculaire.

Chez les enfants, il est assez habituel de voir la laryngite aiguë accompagnée non seulement de troubles vocaux, mais surtout d'une toux rauque, croupale, qui effraie les parents et quelquefois le médecin. C'est encore à l'inflammation de la muqueuse postérieure du larynx qu'il faut attribuer l'existence de ce phénomène, ainsi que les accès d'oppression (spasmes) qui accompagnent très souvent cette affection. C'est l'oblitération spasmodique de la glotte inter-cartilagineuse qui produit les crises de suffocation chez ces petits êtres dont l'orifice antérieur est si peu développé. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion d'examiner des enfants chez lesquels on redoutait l'existence du croup, et presque toujours l'examen laryngoscopique me révéla l'existence d'une inflammation très nette de la région ary et inter-aryténoïdienne. Cette lésion disparue, la raucité de la toux cessait du reste aussitôt. C'est là un diagnostic différentiel qu'il est très facile de faire, si l'on veut bien se donner la peine de pratiquer l'examen de l'organe vocal, lorsque la chose est possible, et elle l'est bien souvent. En résumé, basé sur des examens de malades nombreux je crois pouvoir tirer de cette étude les conclusions suivantes :

1° Dans la laryngite catarrhale aiguë, habituelle, les modifications prononcées de la voix, résultent plus souvent de troubles musculaires que de lésions matérielles de la muqueuse vocale (Gonflement, érosions, etc.).

2° Les muscles le plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et l'ary-aryténoïdien.

3° C'est surtout la parésie ou la paralysie de l'aryte-

noïdien transverse qui expliquent la raucité de la voix et de la toux et l'aphonie que l'on observe dans le cours de cette affection.

DE LA « PHARYNGOMYCOSE LEPTOTHRICEA »

par le Dr O. CHIARI,

Docent de Laryngologie et de Rhinologie à Vienne (1).

Etant donné le nombre relativement rare d'observations de pharyngomycose publiées jusqu'à ce jour, il m'a semblé bon de fournir de nouveaux documents statistiques sur ce sujet. C'est déjà pour moi une première raison de faire cette communication. En outre, deux de mes observations présentent des différences avec celles d'Hering (2), car les masses de champignons (Pilzmassen), paraissaient facilement exprimables en grumeaux caséeux et n'existaient jamais sous forme de concrétions dures.

Obs. I. — Demoiselle Sch..., vingt ans, bien portante et robuste, vient me consulter en février 1886. Elle se plaint de démangeaisons dans la gorge, existant depuis des mois. Sur les amygdales légèrement hypertrophiées, sur la partie postérieure du voile du palais, sur la base de la langue et sur les parois latérales et postérieures du pharynx, on remarquait une couche blanche, résistante, fermement adhérente et ne se laissant détacher qu'avec beaucoup de difficulté. Dans certains points, ces productions superficielles étaient isolées, ayant l'aspect d'flots longs de quelques millimètres, parfois même jusqu'à un demi-centimètre. Les uns, effilés, ressemblaient à des stalactites, d'autres étaient au contraire arrondis. La résistance variait suivant les points ; les plus résistants de ces flots étaient ceux qui avaient la forme de stalactites.

L'examen microscopique, après coloration par la solution iodée de Lugol, révélait l'existence de ces différentes formes dans les masses principales qui étaient constituées par des

(1) Traduit de l'allemand par M. Natier.

(2) *Zeitschrift f. klin. medic.* Bd VII, Heft 4.

champignons filiformes et par des cocci agglomérés. Quant aux parties résistantes, elles produisaient après réaction par l'acide chlorhydrique un dégagement de gaz très manifeste, d'où il était possible de conclure à la présence de chaux avec dégagement d'acide carbonique. Cependant comme il en restait une partie non dissoute par l'acide nitrique, il était évident qu'il y avait aussi de l'acide silicique, lequel est probablement dû, de même que les sels de chaux, à l'action physiologique des champignons eux-mêmes.

Quant aux portions qui pénétraient dans l'intérieur des tissus, quelques-unes d'entre elles étaient tout à fait molles, se laissant très facilement exprimer, et la masse principale était presque constituée par ces filaments de leptothrix et ces groupes de cocci. On trouvait encore dans ces masses des cellules épithéliales de la cavité buccale, ainsi que des cellules lymphoïdes. Certains groupes exhalaient comme une odeur de fromage désagréable. Les différentes couches superficielles ou profondes étaient absolument dépourvues de toute espèce de zone inflammatoire.

Comme traitement, enlèvement des productions avec la cuillère tranchante et cautérisation des points suspects au galvano-cautère. Néanmoins, elles se reformaient très vite et avec persistance. En définitive, il m'a été impossible de les faire disparaître complètement, bien que j'aie soigné la malade pendant deux mois et qu'elle ait, d'après mon conseil, fumé beaucoup de cigarettes.

OBS. II. — Un monsieur de vingt-deux ans, très sain, très robuste et du meilleur monde, vint, en octobre 1884, me consulter pour une saveur mauvaise de la bouche qu'il éprouvait depuis plusieurs années en même temps qu'il lui arrivait en crachant de rejeter des masses caséeuses.

A part cela, il ne ressentait dans la gorge aucun malaise. Plusieurs fois déjà, on lui avait fait dans le pharynx des badiageonnages et il se gargarisait avec des liquides désinfectants; mais il n'obtenait que des résultats passagers.

A l'examen, on constatait de petits points jaunâtres sur

l'amygdale gauche, et au-dessus d'elle, dans l'espace circonscrit par les deux piliers, existaient des points semblables qui se retrouvaient à la même place du côté droit, mais en bien moins grande abondance. On faisait par expression sortir des amygdales une grande quantité de matière caséuse gris jaunâtre surtout considérable dans les cryptes amygdaliennes qui étaient même quelque peu agrandies; les grumeaux étaient constitués par des amas de *leptothrix* et par des *cocci*. Les filaments dans une solution d'iode se coloraient en bleu et apparaissaient très longs. Il était facile de montrer leur organisation; on pouvait aisément diviser en plusieurs autres plus petits le grand filament. Le plus souvent les filaments réunis formaient des touffes épaisses.

L'enlèvement des plaques de champignons et les cautérisations consécutives des cryptes avec le galvano-cautère et le nitrate d'argent ne purent réussir à empêcher leur repululation; mais grâce à un badigeonnage avec une solution de sublimé au 1/1000^e et à des gargarismes avec la même solution au 1/10000^e on vit les masses de champignons disparaître d'une façon définitive. La base de la langue et les parois de la gorge n'avaient jamais été atteintes par l'affection.

L'intérêt de ces deux cas est dû à ce que les masses pouvaient être facilement exprimées, ce qui est en désaccord avec les observations de Hering (1) et de Tœplitz (2). Ils doivent être néanmoins rangés au nombre des cas de *pharyngomycosis leptothricia* pour plusieurs raisons : d'abord, parce que les productions étaient constituées par des champignons et ensuite parce que celles-ci se reformaient très rapidement et donnaient toujours lieu à des champignons; enfin, il n'existait sur leur pourtour qu'une réaction inflammatoire absolument insignifiante.

Jacobson (de Saint-Petersbourg) (3) a rencontré de semblables masses facilement séparables et consistant essentiellement en *leptothrix* agglomérés.

(1) *Zeitschrift f. Klin. medic.* Bd VII, H. 4.

(2) *New-York medic. Press*, Déc. 1886.

(3) *Wratcl*, nos 27, 29 u. *Centralblatt f. Lar. Rhinol.* etc., octobre 1885.

J'en ai, de plus, observé un troisième cas qui vient corroborer cette opinion.

OBS. III.— D. W.,, âgé de vingt-sept ans, vint me consulter en novembre 1884, pour une saveur désagréable qu'il éprouvait à chaque saison nouvelle, et cela depuis un an. L'affection durait plusieurs semaines chaque fois pour disparaître ensuite. L'examen révéla une légère tuméfaction des amygdales et l'existence de nombreuses petites lacunes d'où l'on pouvait par expression faire sortir facilement de petites masses blanc jaunâtre sentant mauvais. Au microscope on reconnut qu'il s'agissait de filaments de *leptothrix* avec des groupes de *cocci* en moins grande quantité; il y avait, en outre, quelques cellules d'épithélium pavimenteux accompagnées de cellules lymphoïdes. La coloration se fit parfaitement avec la solution iodée.

Dans le cas particulier, on obtint, grâce aux cautérisations galvaniques, une guérison complète au bout de quatre semaines.

A notre avis, il résulte manifestement, d'après les trois observations que nous avons rapportées, qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une prolifération abondante de *leptothrix buccalis* dans la gorge. Le premier cas est en conformité parfaite avec celui décrit par Hering et Tœplitz (1), car les masses blanches étaient en effet résistantes, effilées et fermement adhérentes à l'épithélium. Mais dans les deux autres cas, ces mêmes masses pouvaient être facilement exprimées; elles étaient constituées presque absolument par des colonies de *leptothrix*, elles récidivaient d'une façon opiniâtre; de plus, l'affection durait depuis plusieurs années sans causer de troubles notables, il n'existait qu'une faible réaction inflammatoire de voisinage; autant de raisons qui m'obligent à chercher une explication dans la prolifération des champignons; c'est pourquoi je dois ici donner mon opinion sur la « *Pharyngomycose leptothricia* ».

(1) *Loc. cit.*

Quoi qu'on en ait dit, la forme de cette mycose n'est pas toujours semblable à elle-même. En effet, les adhérences du leptothrix à la muqueuse sont tantôt plus fermes, tantôt plus lâches. Mais il existe au fond des points communs : longue durée de l'affection, récurrence facile, guérison laborieuse, qui sont autant de signes certains de *mycose*.

La *pharyngomycose* se distingue des formes chroniques de l'angine folliculaire et des concrétions des cryptes amygdaliennes. Dans chacune de ces deux maladies, en effet, les champignons du leptothrix, si toutefois il en existe, ne s'observent qu'en très petit nombre; de plus, on obtient, par la cautérisation des cryptes, une guérison facile et durable.

L'angine folliculaire aiguë se reconnaît à sa disparition rapide et aux symptômes inflammatoires qui lui font cortège, tels que : rougeur, tuméfaction, douleur à déglutition. Il est vrai, néanmoins, que l'on peut, dans ces cas, trouver dans les bouchons sortant des cryptes, des champignons isolés, comme on peut aussi en rencontrer en masses séparées et blanchâtres (1). Enfin, il est encore possible de voir la mycose se greffer sur une angine folliculaire comme l'a déjà démontré Tœplitz, et pour cela, il suffit d'une prolifération excessive des champignons.

En matière de conclusion, je me permettrai de demander si l'on doit regarder la « *pharyngomycose leptothricia* » comme une maladie propre? Si l'on considère qu'à côté de cas où on trouve des masses résistantes, fermement implantées, il en existe d'autres où elles sont au contraire peu résistantes et faiblement adhérentes; que parfois il se trouve des champignons dans les produits de l'angine folliculaire, quoique en moindre quantité cependant, et que, par suite, la *pharyngomycose* peut, dans une certaine mesure, provenir de l'angine follicu-

(1) Gruening. *Archives of Laryng.* Vol. III, n° 2 1882.

laire, qu'enfin les champignons du leptothrix se trouvent constamment dans la bouche; je serai disposé à croire pour ma part qu'il s'agit d'une prolifération excessive, opiniâtre, de ces mêmes champignons, plutôt que d'une maladie spéciale, qui, du reste, occasionnerait fort peu d'inconvénients.

COMPTE RENDU
DU
CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
De Washington (1).

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Président : Le Dr W. DALY, de Pittsburg.

Secrétaires : Les Drs William PORTER, de Saint-Louis; D.-N. RANKIN, d'Alleghany; Ottakar CHIARI, de Vienne; Hermann KRAUSE, de Berlin; et E. J. MOURE, de Bordeaux.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président commence son discours inaugural en exprimant aux délégués étrangers tout le plaisir qu'il ressent à leur souhaiter une cordiale bienvenue. Il attire ensuite l'attention de ses auditeurs sur les progrès immenses qu'a faits la laryngologie depuis 1876. En rhinologie, il en est de même, surtout dans le traitement de la rhino-bronchite spasmodique ou « hay fever », dont la cause est intra-nasale.

Le laryngologiste de l'avenir doit accorder plus d'importance aux cavités nasales, et le rhinologiste devra être chirurgien plutôt que médecin.

Le Dr RICHARD H. THOMAS fait une communication sur **les causes du soi-disant « hay fever », de l'asthme nasal et d'affections analogues, étudiés au point de vue clinique.**

L'auteur emploie le terme « hay fever », non parce qu'il est

(1) D'après le *Medical Record*, New-York.

exact au point de vue scientifique, mais parce qu'il est connu et accepté de tous.

Les facteurs qui entrent dans l'étiologie de la fièvre de foin et autres névroses du nez sont :

1° Le système nerveux général. Bien qu'un état nerveux général soit associé très souvent à la névrose nasale, il ne suffit pas à expliquer le phénomène.

2° L'état spécial où se trouve le système nerveux n'est pas analogue à l'épilepsie.

3° Il existe soit une hypertrophie intra-nasale, soit un polype, soit une cause quelconque d'obstruction.

Les névroses nasales peuvent fort bien exister sans qu'il y ait la moindre obstruction.

4° L'auteur a vu des cas dans lesquels une affection chronique des fosses nasales était suivie d'asthme nasal et d'autres cas dans lesquels celui-ci précédait les changements. On admet l'existence de zones de sensibilités spéciales des voies aériennes supérieures, mais les auteurs ne s'accordent pas sur leur siège. Les uns les placent sur les cornets, les autres sur la cloison. A les écouter tous, il n'est guère de partie de la muqueuse qui ne puisse être incriminée.

5° D'après les expériences du Dr Thomas, ces zones de sensibilité seraient très variables. Leur siège de prédilection est la zone d'innervation de l'olfactif. On trouve des zones de sensibilité chez les malades atteints d'hay fever, mais non chez les individus ayant la muqueuse nasale indemne.

6° Un état spécial, soit des centres nerveux, soit des terminaisons nerveuses, peut produire des paroxysmes.

L'auteur, avec Lublinski, croit que l'olfactif, le trijumeau et le sympathique jouent un rôle dans la production des accès.

Il existe une série de causes excitantes telles que les poussières en suspension dans l'atmosphère, pollen, etc.; les impressions psychiques, les changements de temps, la lumière, le vent, les productions morbides, l'irritation réflexe venant des parties du corps éloignées.

La guérison de la fièvre de foin dépend de la disparition du processus local ou général qui en est la cause.

à des complications pulmonaires, la plaie elle-même peut être infectée. L'auteur condamne l'intubation et l'ablation des parties malades.

L'on publie beaucoup d'observations de guérisons, qui, pour M. Lennox-Browne ne sont que des améliorations plus ou moins permanentes.

Le Dr COGHILL, de Ventnor, pense que le soulagement de la douleur fait autant pour prolonger la vie des patients que la thérapeutique locale la mieux instituée. Il se sert d'insufflations d'iodoforme et de morphine.

Le Dr SOLIS-COHEN, de Philadelphie, cite deux cas de guérison, qu'il croit définitive.

Le Dr E. FLETCHER-INGALS, de Chicago, conseille l'emploi de morphine, d'acide phénique et de glycérolé de tannin avec de l'eau, sous forme de spray.

Le Dr COOMES, de Louisville, préfère l'iodoforme.

Le Dr CASSELBERRY, de Chicago, trouve que l'acide lactique est trop irritant; il conseille les insufflations d'iodol.

Le Dr JOHN MACKENZIE, de Baltimore, fait l'application locale d'une solution de sublimé (1 pour 2.000).

Séance de l'après-midi.

Le Dr RANKIN, d'Alleghany, lit un mémoire intitulé : **Quelques remarques sur l'histoire de la rhinologie.**

Il s'étonne de l'oubli dans lequel les maladies des fosses nasales avaient été laissées jusqu'à nos jours. Il compare les instruments employés autrefois aux procédés en usage depuis que, grâce à Czermak, la rhinoscopie est entrée dans la pratique médicale.

Puis une discussion spéciale est entamée par le Dr E. F. INGALS, sur l'**Epistaxis**.

Les cas graves exigent un traitement général. Il faut rechercher le point saignant et le cautériser.

Diverses méthodes pour l'arrêt mécanique de l'hémorrhagie sont proposées.

Le Dr W. PORTER, de Saint-Louis, donne lecture d'un mémoire qui a pour titre : **Hémorrhagies périodiques des voies aériennes.**

Les hémorrhagies laryngées présentent un danger immédiat quand elles sont sous-muqueuses, en raison de l'œdème qui en résulte et de l'asphyxie qu'il peut produire. On peut facilement confondre l'hémoptysie et l'hémorrhagie conjuguée, mais dans le premier cas on ne trouve pas dans les poumons les signes stéthoscopiques de l'hémoptysie.

La tuberculose, la syphilis, un effort mécanique violent et l'alcoolisme peuvent les engendrer.

Le Dr STOCKTON, de Chicago, fut consulté par une malade pour une hémorrhagie survenue dans un accès de toux et qui semblait provenir du poumon. L'examen lui montra la présence sur la bande ventriculaire d'un vaisseau pulsatile qui laissait s'écouler du sang à chaque pulsation. Après avoir essayé de l'arrêter avec du perchlorure de fer, du tannin, etc, il détruisit le vaisseau au galvano-cautère.

Le Dr LENNOX-BROWNE dit que les hémorrhagies laryngées sont liées d'ordinaire à la syphilis ou à la tuberculose. L'abus de la voix peut aussi produire de la dilatation des vaisseaux. L'alcoolisme peut être encore une cause d'hémorrhagie laryngée.

Le Dr W. E. CASSELBERRY, de Chicago, fait une communication sur le **traitement des papillomes du larynx.**

Il s'agit de déterminer quelles sont les meilleures méthodes pour leur extirpation. La pince est le meilleur instrument pour l'ablation de petites tumeurs; elle fonctionne mal lorsque la tumeur est volumineuse, car elle n'en enlève qu'une partie à la fois. Il a recours dans ces cas à la curette et au galvano-cautère.

Le Dr COHEN opère les gros papillomes à travers une incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Le Dr INGALS se sert d'acide chromique.

Le Dr L. BROWNE conseille l'emploi de l'anse.

Il fait ensuite un dessin montrant la situation et la gran-

deur des papillomes du larynx du prince impérial d'Allemagne. Ils avaient le volume d'un pois et étaient situés sur la corde vocale au niveau de son point d'union avec l'aryténoïde, ayant très probablement une portion de lambeau dans le ventricule. Ce qui ennuie M. Mackensie ce n'est pas la crainte d'avoir affaire à une tumeur maligne, mais la persistance de l'hyperhémie laryngée. Quand Mackensie arriva à Berlin les chirurgiens avaient décidé l'extirpation de la moitié du larynx.

Le D^r C. GLOVER ALLEN donne une observation de papillomes volumineux situés au-dessous des cordes vocales et opérés à travers une large incision de la membrane crico-thyroïdienne.

L'on passe ensuite à la discussion d'une mémoire intitulé : **Le diagnostic différentiel des affections laryngées tuberculeuse, syphilitique et rhumatismale.**

Le D^r E.-L. SHURLY, de Detroit, en fait un résumé, qui se traduit par la table suivante :

Tuberculose	Syphilis	Rhumatisme
	HYPERHÉMIE OU CONGESTION	
Non marquée.	Persistante et marquée.	Existe toujours, peu marquée, souvent localisée.
	TUMÉFACTION ET INFILTRATION	
Constante ; siège sur les aryténoïdes.	Non marquée.	Rare.
	CONDYLOMES ET GOMMES	
Point.	Quelquefois.	Point.
	HÉMORRHAGIES	
Rares.	Rares.	Fréquentes.
	MOBILITÉ	
Presque normale.	Presque normale.	Excessive.
	ULCÉRATIONS	
Fréquentes ; se développant lentement, irrégulières, généralement sur l'épiglotte et les aryténoïdes.	Rares ; solitaires, symétriques, avec aréole.	Point.
	ENROUEMENT	
Marqué.	Peu marqué.	Marqué.
	DOULEUR	
Non.	Non.	Constante.
	CRACHATS	
Contiennent bacilles.	Muqueux.	Rares.

Le Dr E. F. INGALS, de Chicago, lit un article intitulé :
De la laryngite rhumatismale chronique.

Il n'en a trouvé que quelques observations. La douleur disparaît pendant quelques jours, puis elle revient. La diathèse arthritique l'accompagne.

Traitement : Spray astringent, les salicylates, l'iodure de potassium, les alcalins, etc.

Le Dr A. B. THRASHER, de Cincinnati, fait une communication sur : **La résorcine dans le traitement du cataracte nasal.**

Elle s'assimile l'oxygène; elle contracte les vaisseaux et fait disparaître la congestion et l'inflammation. Elle est antiseptique.

L'administrer sous forme de pommade (vaseline et résorcine, de 2 pour cent à 10 pour cent).

(A suivre.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

2^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-LONDON LE 19 JUILLET 1887

(Suite et fin) (1).

Traduit de l'anglais (2), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

(Séance du soir.)

Le Dr Ch. H. BURNETT, de Philadelphie, présente un rapport sur l'**examen de quinze sourds-muets au moyen de l'otophone Maloney** (*An examination of fifteen deaf mutes by means of Maloney's otophone*).

Les sujets examinés sont des élèves de l'institut de sourds-muets de Pensylvanie, âgés de douze à vingt et un ans. L'auteur les divise en trois classes : 1^{re}, surdi-mutité congénitale; 2^{me}, enfants devenus sourds-muets de un à cinq ans; 3^{me}, les

(1) Voir *Revue*, n° 9, septembre 1887.

(2) D'après le *Medical News* du 6 août 1887.

enfants atteints de surdité très prononcée, mais ayant encore conservé un certain degré d'audition, et les demi-muets, si l'on peut les appeler ainsi.

L'examen eut lieu d'après la méthode suivante : on écrit sur un tableau les trois voyelles que l'on désigne à mesure qu'elles sont prononcées à travers l'otophone. On invite ensuite les élèves à les désigner eux-mêmes à mesure qu'on les prononce, en ayant soin de ne pas les prononcer dans le même ordre.

L'audition fut excitée dans tous les cas, mais quatorze élèves sur quinze purent indiquer avec succès les lettres et les mots écrits à mesure qu'ils étaient prononcés dans leur oreille. On doit observer que les résultats obtenus sont moins satisfaisants dans le cas de surdi-mutité acquise que dans les cas congénitaux. Cela tient probablement à ce que dans la surdité acquise le processus morbide qui frappe les oreilles, se développe avec une plus grande force, enveloppant à la fois l'oreille interne et l'oreille moyenne, tandis que dans les cas congénitaux l'inflammation catarrhale se limite à l'oreille moyenne et ne va pas jusqu'à l'oreille interne. Chez les demi-muets surtout, les résultats sont des plus satisfaisants ; ils entendent et répondent d'une manière intelligente aux questions qui leur sont faites. Dans les cas de ce genre, ce qui reste de l'ouïe et l'articulation peuvent être améliorés par l'emploi raisonné d'un instrument tel que l'otophone ; on obtiendra surtout les meilleurs résultats quand l'instruction aura commencé dès l'enfance.

Le Dr W. SEELY, de Cincinnati, demande si l'on doit faire usage de cet instrument simplement comme cornet acoustique ou dans un but thérapeutique.

Le Dr C. H. BURNETT répond que l'instrument paraît aider à l'audition et en même temps constituer une bonne méthode de traitement. Chez une personne très sourde et qui était incapable d'entendre la voix très haute lorsqu'on parlait très près de l'oreille, et qui entendait aussi très peu avec le cornet acoustique ordinaire, l'usage de l'otophone amena une amé-

lioration notable. Après un quart d'heure d'exercice, elle pouvait entendre la voix ordinaire, les yeux fermés, à 30 centimètres de l'oreille.

Le Dr SEXTON fait une communication sur l'**excision des osselets du tympan dans les cas d'inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne** (*Excision of the ossicles of the drum of the ear for chronic purulent inflammation of the middle ear*).

Déjà, l'année précédente (1) l'auteur avait attiré sur ce sujet l'attention de la Société; il a depuis cette époque continué à pratiquer cette opération qui a donné des résultats très satisfaisants. Sur dix-neuf malades opérés, treize étaient des hommes et six des femmes, sept avaient de cinq à douze ans, huit de treize à vingt, et quatre étaient entre vingt-trois et quarante ans.

Dans onze cas, l'affection portait sur l'oreille gauche et dans huit sur la droite. Chez deux malades, l'otorrhée était double et dans un cas il existait des phénomènes mastoïdiens. La surdité était considérable et les malades éprouvaient pour la plupart de l'autophonie et d'autres phénomènes acoustiques désagréables. L'écoulement était ordinairement fétide. L'état général de la plupart des malades était bon.

Dans tous les cas, la membrane du tympan était en grande partie détruite et le plus souvent il ne restait du tympan que la portion flaccide, à laquelle était attaché parfois un reste de la portion vibrante (*membrana vibrans*). Dans ce cas, il était facile de voir que ce reste de membrane était inséré par des brides fibreuses à la paroi interne de la caisse. Parfois, une cavité plus ou moins grande s'ouvrait à travers les tissus malades dans la portion supérieure (*attic*) de la caisse. La membrane flaccide et les attaches membraneuses et ligamenteuses des osselets sont les parties qui résistent le plus longtemps à une suppuration prolongée et s'opposent au libre écoulement du pus. Le manche du marteau et les tissus cica-

(1) Voir : *Revue*, nov. 1886, p. 616. On y trouvera décrit le manuel opératoire.

triciels formés dans la caisse adhèrent souvent à la paroi interne de la cavité tympanique, tandis que la portion supérieure (attique) et l'antre sont recouverts d'une membrane épaisse.

On trouve, en certains points, des surfaces osseuses plus ou moins cariées. Dans certains cas, les osselets eux-mêmes sont cariés et ankylosés. D'autres fois, le manche du marteau adhère à la surface interne du tympan et parfois il n'en reste qu'un tronçon nécrosé. Dans quelques cas, le marteau et l'enclume adhèrent l'un à l'autre. L'enclume se carie moins facilement. Il n'est pas possible d'examiner l'étrier aussi facilement que les autres osselets, puisqu'on ne l'enlève jamais. Dans quelques cas, on ne tente l'opération qu'après des mois et des années, alors que toutes les méthodes ordinaires de traitement ont été employées sans succès.

Sans entrer dans tous les détails de l'opération, l'auteur affirme que, d'après son expérience, elle peut être faite plus rapidement qu'on n'aurait pu le croire tout d'abord. Les premières opérations durèrent une heure, plus tard il est arrivé à les pratiquer en un quart d'heure. Il attribue à la longueur de l'opération certains phénomènes désagréables, tels que les nausées, qui ne se sont pas reproduites dans les dernières opérations qu'il a faites.

L'auteur détache les restes du tympan de l'anneau tympanique à l'aide d'un petit bistouri en forme de truelle (trowel-shaped). Le marteau est libéré de ses attaches par un ou plusieurs coups de bistouri. Après que le sang a été enlevé, on détache de l'étrier la longue apophyse de l'enclume si elle est adhérente à cet os. On sépare ensuite le manche du marteau de la paroi interne de la caisse, lorsque celui-ci y adhère, puis le saisissant avec des pinces on le détache graduellement et on l'enlève. L'extraction de l'enclume est plus difficile car sa longue apophyse échappe à la vue, mais avec un peu de patience cependant on arrive à la découvrir et à l'enlever. Dans quelques cas où les osselets sont très adhérents, ils sont très difficiles à détacher et dans un cas il a été impossible à l'auteur d'en venir à bout.

Après l'opération, on doit dessécher avec soin la cavité tympanique avec du coton absorbant et l'on peut ensuite faire une instillation de cocaïne à 4 0/0, mais cela n'est ordinairement pas nécessaire.

L'opération d'ordinaire n'amène guère de réaction. Chez les femmes, on doit pour la pratiquer attendre quelque temps après la période menstruelle.

Sur 19 cas, dix fois il a enlevé le marteau et l'enclume, dans un cas il a seulement enlevé le corps de l'enclume et dans six cas il a enlevé seulement le marteau.

Avant l'opération, on doit chercher autant que possible à faire disparaître les granulations à l'aide d'un traitement approprié, car l'hémorrhagie est alors moins considérable. La durée du traitement après l'opération a été, dans 5 cas, un mois; dans 2, deux mois; dans 2, trois mois; dans 1, six mois; et sur les 9 autres, 3 n'ont éprouvé aucune amélioration, 1 n'a pas continué le traitement et 5 sont encore en observation.

La guérison a été complète 9 fois; 6 fois il s'est produit une grande amélioration; 1 malade n'a pas continué le traitement; 3 n'ont éprouvé aucun soulagement.

La plupart des malades étaient des clients du dispensaire et vivaient dans de très mauvaises conditions hygiéniques.

Une amélioration considérable de l'audition se produisit dans presque tous les cas. Chez les malades considérés comme guéris, l'audition s'accrut d'environ 75 à 100 0/0. Cette amélioration de l'ouïe inespérée engage l'auteur à recommander l'opération toutes les fois que la caisse est obstruée par les formations cicatricielles qui résultent d'une inflammation chronique purulente, alors même que le pus a essé de couler.

On devait s'attendre à voir le sens du goût altéré à la suite de la lésion de la corde du tympan.

Le fait s'est produit dans certains cas, mais pour un temps très court; la guérison est toujours survenue. L'opération offre cet avantage d'empêcher l'accumulation de matières purulentes dans la portion *attique* et dans l'antré. L'état général du malade est toujours amélioré. Chez deux phtisiques,

la toux fut diminuée chez l'un et disparut chez l'autre, tous les deux augmentèrent de poids. Chez les enfants, les effets de l'opération au point de vue de la santé générale sont surtout très marqués.

On pratique l'opération le malade étant couché et anesthésié. L'éclairage électrique est à peu près indispensable. L'auteur n'a retiré aucun avantage du traitement des fongosités par l'alcool. L'acide salicylique, l'acide borique, l'eau oxygénée rendent des services suivant les cas.

L'auteur présente les pièces pathologiques des dix-neuf malades opérés par lui.

Le Dr BURNETT a vu sept des malades opérés par le Dr Sexton; de l'avis des malades l'audition était considérablement améliorée.

Séance du soir.

Le Dr THEOBALD, de Baltimore, rapporte un cas d'**affection syphilitique du labyrinthe** (*Syphilitic disease of the labyrinth*).

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, est atteint de syphilis héréditaire; il est à peu près complètement sourd d'une oreille. L'autre oreille présente dans l'audition des variations subites et très considérables. Il passe d'une surdité très prononcée à une audition presque normale. L'iodure de potassium ne produisit pas grand effet, mais son état fut notablement amélioré par l'emploi du bichlorure de mercure combiné au muriate d'ammoniaque.

Sont nommés pour l'année suivante : *président*, le Dr J. L. PROCT, de Brooklyn; *vice-président*, le Dr GEORGE C. HARLAN, de Philadelphie; *secrétaire et trésorier*, le Dr J. J. B. VERMYNE, de New-Bedfort.

La prochaine réunion aura lieu à Pequot House, New-London, le 19 juillet 1888.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

ORÉILLES.

Des kystes du pavillon (*On cystes of the auricle*), par le Dr H. SELIGMANN.

Les observations du Dr Hartman sur la formation des kystes du pavillon ont amené Seligmann à publier l'exemple suivant qui confirme les vues de cet auteur au sujet des différences qui existent, au point de vue de la pathogénèse, entre les kystes et les hématomes.

Un malade, âgé de trente-cinq ans, d'aspect robuste et parfaitement sain d'esprit, vient consulter au sujet d'une grosseur du pavillon droit, remontant à deux mois, et située à la place ordinaire des hématomes entre la portion supérieure de l'hélix et de l'anthélix. La peau du pavillon très tendue est un peu chaude. La tumeur qui a le volume d'une noix, est tendue, lisse, mais non douloureuse au toucher. Le reste du cartilage est normal; il n'y a pas eu de traumatisme antérieur. Le malade ne voulant pas consentir à une incision, la tumeur est percée avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, et l'on extrait un liquide transparent de coloration jaune clair. Un bandage compressif est appliqué. L'auteur revoit le malade cinq mois après; un peu de liquide s'était formé qui disparut bientôt, et l'oreille malade redevint absolument semblable à l'oreille saine.

Les éléments figurés contenus dans le liquide consistaient en cellules muqueuses et un très petit nombre de globules rouges sanguins. Il n'existait pas la moindre trace de la décomposition des globules rouges du sang. (*Arch. of Otology*, mars 1887.)

Dr GORHAM BACON.

Exostoses du conduit auditif (*Exostosis in the Auditory Meatus*), par le Dr J.-B. STONY.

X..., âgé de 32 ans, est sourd et éprouve des bourdonnements de l'oreille droite depuis une quinzaine de jours (sept. 1881). Des deux côtés il existe, dans le conduit, une exostose qui naît de la paroi postérieure. Celle de droite

est de beaucoup plus volumineuse que la gauche. La peau qui les recouvre est rouge mais la pression ne détermine aucune douleur. Le conduit est complètement obstrué à droite, à gauche il laisse passer une sonde lacrymale très fine. L'opération était fort difficile en raison du voisinage du tympan, mais le malade était menacé de perdre complètement l'ouïe. C'est ce qui décida le Dr Story à intervenir.

Avec une solution concentrée d'acide phénique (10 oct.), il touche la surface de l'exostose dans le but de détruire la peau qui la recouvre, et, quelques jours après, il pratique une ouverture sur la substance même de la tumeur, à l'aide d'une fine vrille de dentiste. Le malade étant anesthésié avec de l'éther, il est procédé, quelques jours après, à l'électrolyse de la tumeur; une fine aiguille attachée au pôle négatif est introduite dans l'ouverture pratiquée à l'aide de la vrille, et le pôle positif placé sur la tempe. On ne cherche pas à augmenter l'orifice avec la vrille, de crainte de blesser le tympan, situé immédiatement en arrière de l'exostose.

A la suite de 5 ou 6 séances d'électrolyse et d'application de pâte de Vienne, l'exostose diminua beaucoup et l'audition fut considérablement améliorée, malgré une perforation du tuyau qui suivit cette application. Le malade, revu en février 1885, entendait toujours aussi bien. En terminant l'auteur fait observer qu'on ne doit intervenir dans les cas d'exostoses que lorsque l'ouï est atteinte. (*The Dublin journal of med.*, séance janvier 1887.)

Dr J. CH.

Les bourdonnements d'oreille et leur traitement (*Tinnitus aurium and its treatment*), par le Dr J. WARD COUSINS.

Après quelques considérations sur les causes et sur les différentes espèces de bourdonnements, l'auteur en arrive au traitement. Il est peu partisan des remèdes qui ne donnent pas de résultats bien satisfaisants, alors même que le malade en fait usage pendant longtemps. Il n'existe pas de remède spécifique contre les bourdonnements. Il faut donc s'attaquer à l'affection qui en est la cause première, et quand il s'agit d'une maladie de l'oreille moyenne, c'est contre elle

que l'on doit diriger tous les efforts de la thérapeutique.

Dans les affections catarrhales peu anciennes de l'oreille moyenne, les insufflations d'air dans la caisse constituent une excellente méthode de traitement. Dans les cas anciens, avec bourdonnements invétérés, elles réussissent moins bien; bien plus, elles augmentent parfois la pression intra-tympanique. Depuis plusieurs années, l'auteur pratique avec succès une méthode de traitement qui consiste essentiellement dans une injection d'air dans la caisse et dans son évacuation immédiate. L'auteur décrit un ingénieux appareil qu'il a fait construire dans ce but et qui permet de faire alterner les insufflations et les évacuations d'air. Il rapporte à la fin de son travail plusieurs observations dans lesquelles il a obtenu la guérison, par cette méthode, alors que tous les autres traitements avaient échoué (*The Brit. med. journ.*, février et mars, 26, 1887).

D^r J. CH.

Une nouvelle méthode de traitement du catarrhe chronique de l'oreille (*A New method of treating chronic aurial catarrh*, par le D^r RALPH W. SEISS.

Dans le traitement de certaines formes de catarrhe de l'oreille moyenne caractérisées par le gonflement de l'orifice pharyngien de la trompe, l'auteur, dans le but de porter sur les parties malades des substances médicamenteuses, tout en évitant de les faire pénétrer dans la caisse, recommande un instrument de la forme d'un cathéter ordinaire, mais dont l'extrémité est bouchée, tandis que sur les côtés de la partie recourbée se trouvent de petits orifices qui laissent passer le liquide que l'on injecte par la grosse ouverture de la sonde. Dans les cas de gonflement et d'infiltration des lèvres de la trompe, l'auteur préconise les injections faites avec la solution de Dobbell ou avec une solution saturée d'acide borique et de glycérine. (*Med. News*, 5 février 1887).

D^r J. CH.

Otite moyenne suppurée chronique; sa nature, son traitement (*Chronic purulent otorrhœa; its nature and treatment*), par le D^r C. H. BURNETT.

C'est le titre d'un travail lu à l'assemblée de la « Phila-

delphia County Medical Society » le 13 octobre 1886, et discuté par les membres présents.

Après avoir passé en revue l'histoire clinique, les causes, les symptômes et les effets de cette affection, Burnett passe au traitement. Le nettoyage de l'oreille est de la plus haute importance. Il est préférable de le faire à l'aide d'injections d'eau tiède avec ou sans désinfectant, si l'écoulement est abondant et persistant; si l'écoulement n'est pas abondant, on peut nettoyer l'oreille à l'aide de petits bourdonnets de coton absorbant en s'aidant d'un bon éclairage. Après les injections, on doit soigneusement dessécher l'oreille avec du coton absorbant. Quand l'inflammation est aiguë et que la perforation volumineuse est située en bas, on peut calmer la douleur avec des instillations de cocaïne. La cocaïne est moins active quand la perforation est petite ou le tympan intact.

Dans le cas d'otite moyenne supurée avec large perforation on doit donner la préférence au *traitement sec*. Dans les cas de ce genre, on ne doit se servir pour les lavages que d'une petite quantité d'eau et seulement quand l'écoulement est abondant et épais et ne peut être enlevé facilement avec le coton absorbant. On peut employer l'acide borique seul ou mêlé à 0,50 cent. pour 24 gr. d'hydrastis, ou à de la calendule (une partie pour deux d'acide borique), ou de la résorcine (3 gr. pour 24), ou de la chinoline (1 gr. 50 pour 24), ou de l'alun (1 gr. pour 24), ou de l'acide salicylique, ou de l'iodoforme. Ce traitement ne peut être fait que par le médecin lui-même et doit être répété chaque jour jusqu'à ce que l'écoulement ait diminué. Si le traitement sec ne donne pas de résultats satisfaisants, Burnett recommande des instillations de nitrate d'argent, ou d'une solution d'acide phénique de 3 à 5 0/0.

Dans les cas d'otorrhée chronique avec perforation siégeant sur la portion flaccide du tympan, le traitement sec ne donne pas de résultats satisfaisants. Dans les cas de ce genre, Burnett fait, avec la seringue intra-tympanique, des injections d'une solution phéniquée à 3 0/0, après avoir soigneusement nettoyé la portion attaquée de la caisse avec de l'eau oxygénée.

On doit appliquer l'acide chromique pour détruire les granulations. Les polypes doivent être enlevés au serre-nœud quand ils ont un pédicule distinct et, les pédicules cautérisés chaque jour jusqu'à destruction complète. (*Philad. Med. News* 30 octobre 1886).

D^r GORHAM BACON.

Un cas d'otite moyenne suppurée, thrombose et phlébite du sinus latéral, mort (*A case of suppurative middle ear, thrombosis and phlebitis of lateral sinus, death*), par le Dr W. H. HARSANT.

On ne s'accorde pas du tout sur les signes différentiels qui permettent de diagnostiquer la méningite et l'abcès cérébral de la thrombose des sinus. A ce sujet Politzer s'exprime ainsi : « Une confusion avec une méningite et un abcès du cerveau ne serait possible que si ces maladies du cerveau survenaient en même temps que l'affection du sinus. Quand ce n'est pas le cas, le diagnostic différentiel est d'autant plus facile que l'ensemble des symptômes de ces deux formes d'affection présente de grandes différences. Tandis que dans la méningite et l'abcès du cerveau il n'y a jamais des frissons aussi intenses et des températures de fièvre aussi élevées que dans la thrombose des sinus, les symptômes cérébraux dans celle-ci sont peu marqués et la connaissance n'est souvent pas altérée jusqu'aux derniers moments. »

Hartmann dit de son côté : « Les frissons intenses sont le symptôme le plus important qui permet de distinguer la phlébite de l'abcès cérébral. Dans la phlébite, la douleur est considérable, limitée à la région du sinus enflammé; elle s'accroît par la pression. Le malade n'a pas un instant de repos, il a du délire, des convulsions et une prostration extrême. Il peut se produire une rémission momentanée dans les symptômes, du coma, et la mort survient. »

Il n'est donc pas inutile de rapporter les faits que l'on a occasion d'observer et qui peuvent éclairer cette question difficile de diagnostic.

X..., cordonnier, âgé de dix-sept ans, est atteint d'otorrhée à gauche depuis son enfance. Le malade est admis à l'hôpital le 20 juillet 1886. Quatre jours avant, il a éprouvé de vives

douleurs dans l'oreille gauche et le côté gauche de la tête. L'écoulement s'est accru. Lors de son entrée, son état général paraît mauvais, il dort constamment, toujours couché sur le côté droit. Il est très difficile de l'éveiller; il répond alors avec peine et avec mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose; il demande constamment qu'on le laisse en repos et qu'on lui permette de dormir. Il existe un gros polype avec écoulement abondant et fétide dans l'oreille gauche, léger écoulement à droite.

Le lendemain, l'état s'est aggravé, le bras et la jambe droite sont rigides, il a eu pendant la nuit plusieurs frissons intenses, la température est à 106°,5 Fahr., le pouls à 100; le malade est dans un état semi-comateux dont il est impossible de le tirer. Pendant la journée, il ne se produit pas de vomissement mais il a plusieurs accès de frissons. Le jour suivant, on ouvre l'apophyse mastoïde, il n'y a pas de pus.

On enlève alors une couronne de trépan du dessous et en dedans de l'apophyse mastoïde pour mettre à nu le cercelet au-dessous de la tente. Cette opération ne fit pas découvrir de foyer purulent.

Le malade mourut quelques jours après. A l'autopsie, on trouva un thrombose dans le sinus latéral gauche. Aucune autre lésion cérébrale. (*The Bristol medico-surgical journal*, mars 1887.)

D^r J. CH.

Un cas d'abcès cérébral dû à une otite moyenne (*A Case of cerebral abscess due to otitis media*), par le Dr WILLIAM MACFARLAN.

W. H..., enfant de neuf ans, entre à l'hôpital le 13 janvier 1887. Quinze à vingt jours auparavant, il avait été pris au milieu de la nuit d'une vive douleur à la région de l'oreille droite, fut très agité et ne put dormir. Le lendemain, la peau de la région était chaude et sèche; il fut pris de vomissements et tomba dans une espèce de léthargie dont il sortait fréquemment pour pousser des cris aigus provoqués par de vives douleurs. Cet état dura huit jours, après quoi des frissons violents et de longue durée se produisirent à de nombreux et de courts intervalles.

A son entrée à l'hôpital on constate l'état suivant : l'enfant est très amaigri, les traits tirés, les lèvres livides, la lèvre supérieure est recouverte d'une irruption herpétique, la température axillaire est de 100,°8 Fahr. Le pouls est à 108, le malade éprouve de vives douleurs de l'oreille droite par laquelle s'écoule du pus fétide. La région mastoïdienne n'est pas gonflée.

L'ouverture de l'apophyse mastoïde ne soulage pas le malade et le Dr Baw soupçonnant un abcès cérébral, présente le malade au Dr Macewen. On conclut à un abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutif droit, abcès probablement en communication avec l'oreille moyenne par un conduit étroit et sinueux. On décide d'intervenir.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et anesthésié le malade, on enleva avec la portion écailleuse du temporal, une lame osseuse de la largeur d'un demi-pouce, la dure-mère mise à nu est légèrement congestionnée; cette membrane une fois incisée, la substance cérébrale vient faire saillie à l'ouverture du crâne, la pie-mère qui la recouvre est congestionnée et la membrane cérébrale gris rougeâtre. On introduit une aiguille creuse dans le tissu du cerveau; il s'échappe d'abord du gaz, puis du pus en assez grande quantité (deux drachmes); on élargit ensuite l'ouverture, on enlève les parties de tissu cérébral nécrosé, et on nettoie la cavité avec une solution boriquée; on introduit un drain dans l'ouverture et l'on applique un pansement antiseptique. Six semaines après le malade était complètement guéri. (*The Lancet*, 26 mars 1887.) Dr J. CH.

Du traitement chirurgical des abcès du cerveau consécutifs à une affection de l'oreille (*On the surgical treatment of brain suppuration following ear disease*), par le Dr Robert F. WEIS.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade admise dans son service à l'hôpital de New-York, le 19 décembre 1884. Elle raconte que, sept semaines auparavant, elle s'est fait une blessure au pouce droit, qui est devenu douloureux et gonflé; elle a éprouvé en même temps de violentes douleurs

dans l'oreille droite qui se sont accompagnées d'un écoulement qui n'a duré, il est vrai, que peu de temps, mais a causé une surdité complète de ce côté.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital on fait au pouce une incision qui laisse s'écouler une grande quantité de pus. Les douleurs de tête continuent, elle a de la fièvre et des frissons, de l'inappétence et des vomissements. Lors de son admission à l'hôpital la température est de $101^{\circ} 1/2$ Fahr., respiration 16, pouls 64, mais on ne découvre aucune paralysie, bien que la malade fût très abattue et plongée dans un état de stupeur voisin de la léthargie.

Le pouce était guéri. Il existe de l'œdème et de la sensibilité de la région mastoïdienne droite et de la douleur sur la moitié droite de la tête; il existe de ce même côté une perforation du tympan, mais sans écoulement.

L'apophyse mastoïde fut perforée avec un foret et des ciseaux jusqu'à l'antre, et une petite quantité de pus fut évacuée. A l'aide d'une injection on put cependant faire passer une solution de sublimé (1 pour 2,000) de l'apophyse mastoïde dans la caisse, la plaie osseuse fut soigneusement remplie de gaze iodoformée et l'on fit un pansement antiseptique. A la suite de l'opération la température baissa, le pouls descendit à 82 et l'audition fut améliorée, mais la céphalalgie persista, augmenta même de violence, et huit jours plus tard le pouls tomba à 58, et à l'ophtalmoscope on put constater de la névrite optique.

La malade fut de nouveau endormie avec de l'éther le 29 mai et l'ouverture mastoïdienne agrandie d'environ un demi-pouce, on mit ensuite la dure-mère à découvert; sectionnant alors la membrane, on introduisit une aiguille hypodermique à une profondeur d'environ un pouce et demi à plusieurs reprises et en divers sens, le long de l'os pétreux et dans le lobe cérébral de cette région, sans retirer autre chose qu'un peu de sang. La plaie fut ensuite pansée comme précédemment.

Cette opération exploratrice n'eut aucun résultat ni en bien ni en mal. Une amélioration se produisit trois jours plus tard,

coïncidant avec une augmentation de l'écoulement du pus par la plaie. Onze jours plus tard, la malade fut frappée d'hémiplégie droite. La température s'éleva à 103° F. et le pouls, à 68, devint irrégulier et des vomissements se produisirent. Dans ces tristes circonstances, une nouvelle tentative fut faite pour sauver la malade. Une couronne de trépan d'un demi-pouce de diamètre fut appliquée sur le côté gauche du crâne, au niveau de la ligne de Rolando (Rolanderic line), et la dure-mère incisée, il s'écoula une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien mais les explorations faites à l'aide d'un aspirateur ne donnèrent aucun résultat. La malade mourut le jour suivant. La famille refusa de laisser faire l'autopsie.

A la suite de cette observation, l'auteur dit que l'examen des différents cas d'abcès cérébraux opérés par d'autres chirurgiens depuis la monographie de Meyer sur ce sujet, démontre qu'un quart des cas surviennent à la suite d'une affection de l'oreille, et qu'il est très important de noter que, sur quarante-quatre cas, deux fois seulement l'abcès central était double; vingt-quatre fois, le lobe temporo-sphénoïdal, quinze fois le cervelet, deux fois le lobe frontal, une fois le lobe postérieur, une fois le pont de Varole et une fois le pont quadrijumeau.

Au point de vue chirurgical, il est important de noter ce fait que, dans la grande majorité des cas d'abcès cérébral consécutif à une affection de l'oreille, le dépôt purulent occupe le lobe temporo-sphénoïdal et que le cervelet est ensuite la partie de l'encéphale qui est le plus souvent affectée.

Weis est partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas de ce genre et l'on doit s'attaquer au cerveau dès que l'opération mastoïdienne n'a pas donné de résultats satisfaisants. (*The Med. Record*, 9 avril 1887.)

D^r GORHAM BACON,

Les maladies de l'oreille, complication des fièvres éruptives (*Ear diseases as a complication of the eruptive fevers*), par le D^r J. MORRISON RAY.

De toutes les fièvres éruptives qui s'accompagnent d'affection de l'oreille, la scarlatine est celle qui détermine dans cet

organe les plus graves désordres. Les suppurations de l'oreille consécutives à la scarlatine s'accompagnent souvent de nécrose du temporal lorsqu'on les néglige, tandis qu'il est facile de s'en rendre maître lorsqu'on les traite au début. Les enfants, en raison de la constitution de leurs oreilles, sont prédisposés aux complications auriculaires des fièvres éruptives (*The Amer. pract. and News*, 22 janvier 1887.

Du rôle de la décompression brusque dans les accidents nerveux consécutifs aux explosions de grison, par le Dr REYNAUD.

On observe, chez certains mineurs victimes d'une explosion de grison, des phénomènes singuliers et dont la pathogénie n'a pas encore été élucidée. On voit, par exemple, des hommes présentant des brûlures insignifiantes rentrer à pied à leur domicile, manger et dormir comme d'habitude. Puis, au bout de quinze, vingt-quatre ou trente-six heures, ils ressentent du malaise, deviennent oppressés et meurent rapidement avec des symptômes d'asphyxie.

L'auteur, avec raison, selon nous, rattache ces symptômes à ceux observés chez les scaphandriers soumis à une décompression trop rapide, et leur assigne la même cause. M. Reynaud rapporte plusieurs observations avec autopsie. On constate que la muqueuse des bronches est rouge lie de vin et paraît dans les petites et moyennes détruite, et réduite en bouillie. Pas de trace d'inflammation ni de rupture des poumons. Rien au larynx ni à la trachée. (*La Loire médicale*, 15 mars 1887.)

Dr J. CH.

Chute foudroyante produite par certains bruits aigus, par le Dr BEUGNIEZ-CORBEAU.

Le Dr Beugniesz se trouvait à la gare d'Herson, à côté d'un homme jeune encore, lorsque un coup de sifflet retentit; aussitôt l'homme chancelle et tombe tout d'une pièce la face contre terre; le train passe, l'homme se relève. Le coup de sifflet coïncidant avec un jet de vapeur intense, lui avait causé tout à coup une sensation d'angoisse inexprimable comme s'il allait mourir.

« Ça m'entre dans les oreilles, dit-il, on dirait des boulets
» de canon, il faut que je tombe; je ne perds nullement con-
» naissance; mais tant que le bruit persisterait, impossible
» de me remettre debout, je demeurerais la tête contre la
» terre, j'ai la sensation atroce que je vais tomber plus bas,
» plus bas encore; j'en mourrais j'en suis sûr, si le tapage
» durait assez longtemps. » Le sifflet seul ne produisait rien
sur lui, il fallait qu'il fût uni au jet de vapeur. Le marteau
frappant sur l'enclume lui causait une sensation désagréable
et le faisait se détourner de sa route. Le phénomène de chutes
s'était produit chez lui quatre ans auparavant; il était auprès
d'un organiste de ses amis qui réparait un orgue et qui
appuyant sur un soufflet à l'improviste fit partir à la hauteur
de son oreille droite un son des plus perçants.

M. Beugniez se demande s'il n'y a pas là un phénomène
d'inhibition. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, mars 1887).

D^r J. CH.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Pharyngocèle et dilatation du pharynx guéris par la pharyngotomie (*Pharyngocoele and dilatation of pharynx cured by pharyngotomy*), par le D^r W. J. WHEELER.

E. E..., capitaine, âgé de cinquante-sept ans, sans antécédents morbides ni héréditaires. Dans ces dernières années, il a eu de fréquentes attaques d'amygdalite, de bronchite et de laryngite. Il avait une voix de stentor et se sentait capable, selon sa propre expression, de commander à une brigade tout entière. Il en a beaucoup abusé. Les débuts de son affection remontent à l'automne de 1884. Le D^r Wheeler le voit pour la première fois en janvier 1885. Il existait une tumeur située dans l'espace sous-maxillaire droit, en avant du sterno-mastoïdien. Cette tumeur, prise tout d'abord pour un kyste et traitée comme telle, s'accrut graduellement en avant et en bas, au-dessous de la branche du maxillaire s'étendant au-dessous du cartilage thyroïde.

De la tumeur, l'air passe dans le pharynx avec un bruit de gazouillement que le malade perçoit parfaitement; la per-

cussion donne un son tympanique absolument semblable à celui produit par la percussion d'une anse intestinale. Le malade ne peut rester longtemps couché dans la même position; il est sujet à des accès de toux très violents et très pénibles qui surviennent surtout quand il passe de la position horizontale à la verticale. Il lui est très difficile d'avaler les aliments, si ce n'est en petites particules; la pression les fait remonter dans la bouche.

Le 8 juin, M. Wheeler introduit une sonde dans la portion supérieure dilatée, et pratique l'examen au laryngoscope avec la lumière électrique. Le larynx est très congestionné, la corde vocale droite paralysée. Le 13 juin, le malade est opéré. M. Wheeler fait une incision à peu près au milieu de la branche du maxillaire s'étendant en bas et en dehors dans le peaucier, jusqu'au-dessous du cartilage thyroïde. Il dissèque soigneusement et détache des tissus voisins la tumeur dont les parois sont très minces. A l'incision, un courant d'air s'échappe de la tumeur qui s'affaisse aussitôt. L'ouverture est alors agrandie avec précaution et la cavité pharyngée mise à découvert. On peut voir alors le larynx fonctionner, les cordes s'éloigner et se rapprocher tour à tour et se contracter dès que le malade produit un son.

Dès que la tumeur pharyngée fut ouverte, le malade retrouva sa voix. L'auteur enlève ensuite une portion assez considérable du pharynx, s'étendant de l'angle du maxillaire à la partie inférieure de la dilatation.

A ce niveau, il découvre un diverticulum contenant des particules alimentaires, situé à la partie inférieure du pharynx, reposant sur la paroi postérieure de l'œsophage et de la grosseur d'une noix. Ce diverticulum fut enlevé et la plaie fermée par des sutures. Le malade guérit parfaitement. (*The Dublin journ. of the med. sciences*, novembre 1886.)

D^r J. CH.

Atrésie accidentelle de l'orifice buccal, chéilloplastie,
par le Dr LECERF (de Valenciennes).

Il s'agit d'un enfant de treize ans, qui avait eu, à l'âge de neuf ans, les lèvres en grande partie détruites par un lupus.

L'orifice buccal, situé sur la ligne médiane de la face, était à peu près complètement oblitéré par le tissu cicatriciel. Son diamètre était tel qu'on y introduisait à frottement une plume d'oie de volume ordinaire. L'enfant ingurgitait facilement les liquides; quant aux solides, réduits en petits fragments, il les faisait disparaître assez rapidement. Les tentatives jusque-là faites pour une restauration, étaient restées sans résultats.

M. Lecerf fit de chaque côté de l'orifice une incision horizontale de 3 centimètres n'intéressant que la peau; de chacune des extrémités de ces incisions il fit partir deux incisions verticales qui se terminaient en bas sur ce qui devrait être la lèvre inférieure. Il détacha la muqueuse qui doublait la peau, rabattit l'une et l'autre en sens inverse, et réussit ainsi à constituer un orifice buccal de 6 centimètres que le petit opéré peut fermer hermétiquement et ouvrir à volonté. — Le mode d'alimentation est complètement changé; quant à la phonation, elle a conservé son imperfection du début, car il existe une division complète du voile du palais (*Bullet. méd. du Nord*, n° 12, déc. 1886.) M. N.

Recherches sur les micro-organismes de la bouche,

par M. W. VIGNAL.

Les micro-organismes rencontrés dans la bouche, peuvent y exister soit normalement, soit accidentellement. Après avoir essayé de se débarrasser des micro-organismes qui se trouvent accidentellement dans la bouche, M. Vignal a étudié ceux que l'on y rencontre à l'état normal. Il a ainsi trouvé dans l'enduit lingual et le tartre dentaire dix-huit espèces différentes de micro-organismes et en a isolé dix-sept; le dix-huitième, le *SPIROCHITE DENTICULA*, n'a pu être cultivé. Sur les dix-sept espèces qu'il a cultivées, il en a trouvé seize aérobies et une seule anaérobie.

Dans le travail qu'il vient de publier et qui ne constitue que la première partie de son mémoire, M. Vignal ne fait que décrire les micro-organismes qu'il a rencontrés et donne les caractères qu'ils présentent dans les différents milieux de culture. Huit planches dans lesquelles sont représentés les

aspects de ces micro-organismes dans les différents milieux de culture accompagnent ce travail.

La suite des recherches de collaboration avec M. Malassez paraîtra ultérieurement. (*Arch. de phys.* 15 nov. 1886, et *Conn. méd.*, 6 janv. 1887, n° 1.) M. N.

Contribution à l'étude des maladies de la luette (*A contribution to the study of diseases of the uvula*), par le Dr WENDELL PHILIPP.

La luette est rarement le siège d'une affection primitive. L'auteur rapporte un cas d'angiome primitivement développé sur cet organe :

Joas S..., trente-neuf ans, éprouve depuis deux mois des difficultés pour avaler, et le jour où il se présente (31 juillet 1885), il ne peut prendre que des aliments mous ou liquides.

Etat général assez mauvais. Il a eu un chancre deux ans auparavant.

La luette est considérablement augmentée de volume dans toutes les directions, mais surtout en largeur. Elle mesure deux pouces de longueur. Au repos, la masse formée par la tumeur s'appuie sur la base de la langue. Sa surface est parsemée de varicosités veineuses. Le malade affirme que cet état ne remonte pas à plus de deux mois. Le traitement spécifique en même temps que des toniques sont donnés au malade; son état général s'améliore, mais la tumeur s'accroît et commence à envahir le voile du palais. En décembre, on cesse le traitement spécifique. La tumeur ne fut enlevée que le 4 mai 1886, au galvano-cautère. Le malade partit le 10 mai. L'auteur l'a revu aux mois de juillet et d'octobre; il ne présente aucune trace de récurrence et son état général est devenu excellent.

L'examen microscopique fait par le Dr Mitchell Prudden montre qu'il s'agit d'un *angiome carerneux* de la luette. (*The Med. Record*, 12 mars 1887.) Dr J. CH.

Fonctions des amygdales, par le Dr HINGSTON FOX.

Le Dr Hingston Fox, dans un très intéressant article sur ce sujet, exprime l'opinion que ces glandes appartiennent au

système digestif par la nature de leurs fonctions et non aux voies respiratoires. On savait déjà que ces glandes favorisent la déglutition en lubrifiant à l'aide de leur sécrétion les voies que doit suivre le bol alimentaire. Hingston Fox pense que leurs fonctions ne se bornent pas à ce rôle de glandes folliculeuses agminées, mais qu'elles consistent surtout dans la réabsorption de certains principes constituants de la salive secrétée dans l'intervalle des repas. Ces principes constituants seront utilisés plus tard au lieu d'être entraînés et inutilement perdus dans l'intestin par les nombreuses déglutitions qui ont lieu, à l'état normal, toutes les deux minutes dans l'état de veille, et toutes les quatre minutes pendant le sommeil.

Hingston Fox trouve une preuve de la vérité de cette assertion dans la facilité et la rapidité avec lesquelles les tonsilles absorbent directement les poisons morbides de la salive. (*Journal of anatomy and physiology*, 20^e vol.)

Ulcération du voile du palais et du pharynx. — Sarcome de l'amygdale.

A la Société médicale de Londres, le Dr de Havillan Hall présente deux observations d'ulcérations du palais et du voile chez deux jeunes hommes âgés, l'un de dix-neuf, l'autre de vingt-trois ans. Il s'agit, probablement, de syphilis héréditaire.

— Le Dr Lennox-Browne présente un malade atteint de lympho-sarcome ayant débuté dans l'amygdale gauche et qui s'est étendu au pharynx et au larynx. Une portion considérable de la tumeur a été enlevée avec l'écraseur, les pinces de Hartmann et la curette de Löwenberg; on a ensuite appliqué le galvano-cautère. Il existe une légère récurrence et il se propose de tenter une extirpation plus radicale. (*The Lancet*, 2 avril 1887.)

Dr J. CH.

Une variété d'herpès buccal (*Una varietà d'herpete boccale*)
par M. le Dr CAMPANI.

L'auteur rapporte une variété d'herpès buccal qui occasionne des érosions épidermiques larges et profondes, et

quelquefois même des eschares et de fausses membranes diphtéroïdes; il n'a presque jamais remarqué d'éruptions sur le visage. (R. Accademia M. di Genova in *Gazetta degli Ospit.* an. VIII, n° 44, Milan 1887). Dr F. CARDONE.

D'un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides, par le Dr DESCROIZILLES.

Il s'agit dans cette observation d'un enfant de six ans et demi, chez lequel M. Descroizilles dut pratiquer la trachéotomie pour une laryngite diphtéritique. L'enfant ayant été immobile pendant l'opération, deux incisions furent nécessaires pour pénétrer dans la trachée; écoulement de sang presque nul, introduction facile de la canule. Au bout de dix jours, la cicatrisation de la plaie était à peu près complète, et au bout de trois semaines, l'amélioration était assez évidente pour qu'on pût laisser sortir l'enfant de l'hospice sans danger.

Une terminaison aussi prompte peut être considérée comme exceptionnelle; on en trouve l'explication en se rappelant qu'il s'agissait ici d'une localisation diphtéritique directe, et chez un enfant de plus de six ans. Il faut noter, en outre, que l'opération a eu lieu sans hémorrhagie et que l'introduction de la canule s'est faite très facilement.

A ce propos, M. Descroizilles croit devoir vanter les avantages de la trachéotomie en un seul temps, tout au moins chez les enfants qui ne sont déjà plus en bas âge.

Il rappelle ensuite les préceptes formulés par M. de Saint-Germain, mais, tandis que cet auteur préconise la trachéotomie en un seul temps, il craint qu'il n'y ait péril à agir ainsi, et préfère faire deux incisions successives, ce qui lui permet une conduite plus prudente et plus sûre.

La trachée ouverte, on devra faire précéder l'introduction de la canule de celle du dilatateur, et entre les deux, il est même avantageux de laisser un temps d'arrêt pendant lequel les quintes de toux surviennent presque toujours. (*France médicale*, 18 déc. 1886, n° 146.) M. NATIER.

Lésions anatomo-pathologiques dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée (*Lesioni anatomo-patologiche in un caso di paralisi labio-glosso-laringea*) par M. le Dr CACCIOLA.

L'auteur donne, dans ce mémoire, des dessins de préparations anatomiques faites dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée avec atrophie musculaire progressive. Ces préparations montrent une lésion de la substance grise bulbaire, surtout au niveau du noyau d'origine du nerf hypoglosse, dans les *cornes antérieures* et dans les faisceaux pyramidaux croisés. Les préparations relatives aux muscles et aux extrémités démontrent, à n'en pas douter, une simple atrophie musculaire, pendant que les muscles de la langue offrent, à un degré remarquable, le type de l'atrophie lipomateuse. (Atti della R. Accad. M. di Roma in *Riforma Médica*, an. III, n° 132.)

Dr J. CARDONE.

LARYNX ET TRACHÉE.

La laryngite chronique et ses suites (*Laryngitis chronic and its sequel*), par le Dr G. HUNTER MACKENZIE.

L'inflammation chronique du larynx est importante non seulement par elle-même mais encore par les suites qu'elle peut avoir. La laryngite chronique est primitive ou secondaire. Les caractères laryngoscopiques varient suivant les cas. On constate des gonflements et de l'induration des cordes vocales qui au lieu de présenter leur blancheur normale sont plus ou moins rouges; il existe du gonflement et une saillie des bandes ventriculaires et du repli inter-aryténoïdien et une hyperhémie générale de la muqueuse laryngée.

On aperçoit parfois de petites granulations qui font saillie sur la surface des cordes vocales et leur donnent un aspect plus ou moins raboteux.

Les caractères de la voix dépendent de l'état de l'organe et des degrés qu'ont atteints les lésions. Il est rare que la respiration soit gênée. La toux est une conséquence de la laryngite chronique qu'elle contribue à son tour à entretenir et à accroître. Assez souvent la laryngite chronique est associée à un degré plus ou moins prononcé de sténose nasale.

M. Mackenzie a observé un certain nombre de cas dans lesquels le catarrhe chronique de la muqueuse laryngée était associé à une obstruction partielle des fosses nasales. La guérison de l'obstruction guérit ou améliore les laryngites.

La laryngite chronique peut se transformer en laryngite tuberculeuse. L'inflammation de la muqueuse du larynx constitue un terrain très favorable au développement du bacille tuberculeux. Certaines tumeurs laryngées (papillomes, myxomes, fibromes, etc.), peuvent être aussi déterminées par une laryngite chronique.

Pour le traitement qui doit varier suivant la forme et le degré de la maladie, l'auteur emploie de préférence le nitrate d'argent 1/3 appliqué à l'aide d'un pinceau. Plus tard on augmente la force de la solution. — On doit traiter la laryngite chronique non seulement à cause des troubles qui en sont la conséquence, mais aussi en raison des maladies plus graves dont elle peut être le point de départ (*Edinburgh med. Journ.*, janv. 1887.)

D^r J. CH.

Observations cliniques de syphilis du larynx (*Clinical observations on syphilis of the larynx*), par le D^r CHRISTOPHE LEWIS.

La classification des lésions syphilitiques du larynx, en secondaires et tertiaires, n'est pas pratique. D'après Hutchinson, on a trouvé, en effet, à l'autopsie, des zones syphilitiques chez un malade âgé de vingt et un ans, quatre mois seulement après l'apparition du chancre. Dans la syphilis du larynx, la meilleure classification est celle qui repose sur les modifications anatomiques : catarrhe, plaques muqueuses et condylômes, inflammation chronique, ulcérations superficielles, ulcérations profondes avec perte de tissu, tumeurs gommeuses, périchondrites, carie et nécrose des cartilages.

Les plaques muqueuses du larynx sont considérées comme rares, cela tient probablement à la rapidité avec laquelle elles disparaissent. L'auteur en rapporte plusieurs exemples. Les plaques muqueuses surviennent ordinairement dans le larynx trois à neuf mois après le chancre, mais on peut les observer beaucoup plus tard.

L'inflammation chronique du larynx est considérée comme une lésion intermédiaire, elle peut accompagner la période catarrhale et ne survenir que trois ou quatre ans après l'infection. Elle est caractérisée par une rougeur diffuse plus sombre que dans l'érythème précoce, par le gonflement de la muqueuse et des ulcérations. L'affection est très tenace et a, d'ordinaire, une tendance très marquée à produire l'hypertrophie de la muqueuse qui s'accompagne d'ulcérations superficielles. Les cordes vocales sont gonflées et dentelées, mais elles peuvent être indemnes et recouvertes par le gonflement de la muqueuse ventriculaire. Des granulations et des végétations plus ou moins volumineuses accompagnent souvent cette forme. Il est rare cependant qu'elle amène une sténose assez considérable pour nécessiter la trachéotomie. L'affection présente une tendance remarquable à la répétition, d'où le nom de *relapsing ulcerative laryngitis*, laryngite ulcéreuse à répétition que lui donne l'auteur.

Il étudie ensuite les ulcérations du larynx. Elles sont superficielles ou profondes. Dans le premier cas l'épithélium seul est atteint. Leur siège de prédilection est l'épiglotte et les parties supérieures du larynx. Les ulcérations superficielles surviennent un an environ après l'infection primitive, mais on peut les voir se produire, d'après Mackensie, de vingt à cinquante années après l'apparition du chancre.

Les ulcérations profondes proviennent ordinairement d'une gomme ulcérée.

On observe parfois des paralysies du larynx d'origine syphilitique. L'auteur en rapporte quelques exemples. Il s'occupe ensuite du diagnostic et étudie les caractères différentiels qui permettent de se faire une juste idée de la nature du mal. Dans les cas douteux, lorsqu'il s'agit de se prononcer entre la tuberculose et la syphilis, on devra se souvenir :

1° Que la présence du bacille est une preuve certaine de tuberculose, mais que pour que le résultat de l'examen soit probant, le liquide doit être pris directement dans le larynx, sur une ulcération ;

2° Que dans la tuberculose, le larynx est d'ordinaire rouge et enflammé sur les parties malades, tandis que les autres parties sont anémiées; dans la syphilis, la rougeur sombre de la muqueuse est générale et l'on voit ordinairement des ulcérations superficielles;

3° Les ulcérations profondes d'origine syphilitique sont habituellement unilatérales, à bords taillés à pic et entourés d'une auréole enflammée, tandis que dans l'ulcération tuberculeuse, la muqueuse est généralement baignée de mucosités purulentes;

4° Les cordes vocales dans la phtisie sont ordinairement très gonflées, de couleur grisâtre; dans la syphilis elles participent de l'état du reste de la muqueuse laryngienne;

5° La voix est rauque, rude, dans la syphilis; elle contraste avec la voix faible des phtisiques, chez lesquels les cordes vocales vibrent au milieu du mucus;

6° Les végétations, dans la syphilis, affectionnent l'épiglotte et l'angle antérieur des cordes vocales; dans la tuberculose, la région aryténoïdienne.

L'auteur termine cette étude fort intéressante et très instructive par des considérations sur le traitement général et local des accidents syphilitiques du larynx. (*The Birmingham med. Review*, mars 1887.)

D^r J. CHARAZAC.

Parésie des dilatateurs glottiques ayant permis de diagnostiquer un début de tabes dorsalis, par le Dr LUC.

Le malade, âgé de trente-cinq ans, était depuis quelques mois essoufflé à la suite d'un effort prolongé quelconque et, en même temps, la respiration devenait sifflante et l'inspiration s'accompagnait d'un ronflement sourd.

Au laryngoscope, les cordes vocales apparaissent congestionnées; elles sont très modérément écartées pendant l'expiration; d'autre part, au lieu de se séparer largement pendant l'inspiration, elles se rapprochaient au contraire l'une de l'autre, au point de ne laisser entre elles qu'un espace linéaire il restait au contraire un intervalle appréciable entre les cartilages aryténoïdes. Il était facile de constater que l'ai

inspiré pénétrait à travers la glotte rétrécie en produisant un léger bruit de frôlement.

Diagnostic : Parésie des dilatateurs glottiques.

Rien dans l'appareil cardio-pulmonaire du médiastin et du cou qui puisse expliquer la paralysie ; celle-ci, d'ailleurs, étant bilatérale, l'auteur dut songer à une affection des centres nerveux.

Un oncle paternel du malade est actuellement aveugle et ataxique. Lui-même n'a jamais eu la syphilis. Il a été soigné deux ans auparavant par Ricord pour des troubles de la miction, sans rétrécissement ; la vessie était tout simplement paresseuse et se vidait incomplètement. Pas de trouble pendant la marche, ni de menace de chute par l'occlusion des yeux. Le malade accuse des soubresauts dans les jambes, et dans les membres inférieurs des douleurs rapides comme des secousses électriques. Sensibilité à la douleur très affaiblie aux jambes et aux pieds. Réflexe rotulien diminué à droite. En un mot, le malade est un ataxique.

Cette observation est surtout intéressante à ce point de vue, que les troubles laryngés ont été tellement précoces que les symptômes habituels de l'ataxie n'avaient pas été assez saillants jusque-là pour attirer l'attention. (*La France médicale*, 3 février 1887.)

Dr J. CH.

Paralysie des muscles adducteurs latéraux du larynx, cas unique (*Paralysis of the lateral adductor muscles of the larynx, with unique case*), par le Dr FRANK DONALDSON.

L'auteur rappelle les idées bien connues de Semon et la théorie de Krause, et donne l'observation suivante que nous reproduisons tout entière :

E. M..., agriculteur, âgé de cinquante-trois ans, vint consulter l'auteur, en août 1886, pour une aphonie partielle survenue presque subitement huit mois auparavant, et qui, depuis lors, n'a fait que s'accroître. Le malade a toujours été robuste, plein de santé et habitué à la vie en plein air. Il n'a jamais été malade de sa vie. Pas d'antécédents rhumatismaux ni syphilitiques. Quelques mois auparavant il a éprouvé une

vive douleur dans l'oreille gauche avec surdité considérable de ce même côté et perte de la voix. A l'examen laryngoscopique, on voit la corde vocale en complète abduction, immobile pendant la phonation de la respiration, et bien que la corde droite vienne parfaitement se placer sur la ligne médiane, il existe encore un espace considérable entre les deux cordes vocales. Les aryténoïdes sont intacts, et ce fait devait être noté d'une façon toute spéciale, car tout le monde sait que la destruction ou l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes peut donner lieu à des symptômes qui simulent la paralysie; dans les cas de ce genre les cartilages aryténoïdes présentent d'ordinaire un aspect anormal, tel qu'un gonflement ou un élargissement de leurs bases. Dans les cas de ce genre il existe aussi, d'après mon expérience, des mouvements plus ou moins marqués de la corde vocale malade. Dans le cas en question il n'existait pas le moindre mouvement. D'ailleurs, l'ankylose des aryténoïdes résulte d'une périchondrite consécutive à la fièvre typhoïde, à la syphilis, au rhumatisme ou à la goutte, et le malade n'avait jamais été affecté de ces maladies. Enfin, l'accès de douleur dans l'oreille gauche et la surdité et l'aphonie qui suivirent, portent l'auteur à admettre que la maladie était due à une lésion cérébrale.

Le traitement n'amena pas la moindre amélioration dans l'état du malade.

Dans l'observation qui précède, le diagnostic porté par l'auteur fut confirmé par les D^{rs} Clinton Mesherry et Samuel Johnston qui virent séparément le malade.

Le D^r F. Donaldson dit que ce cas est unique dans la science. Nous avons rapporté (*Revue mensuelle de laryng.*, 1^{er} mai 1886) un cas analogue dans lequel la paralysie paraissait due à un goître comprenant le récurrent droit. (*N.-Y. med. Journal*, 12 février 1887.) D^r J. CHARAZAC.

Aphonie due à une tumeur sous-glottique (? congénitale); opération, guérison (*Aphonia due to subglottis growth (? congenital); operation, cure*), par le D^r CARPENTER.

La malade, âgée de dix-huit ans, a toujours eu la voix gênée; elle est aphone depuis l'âge de dix ans. A l'examen

laryngoscopique on constate une tumeur pédiculée du volume d'un pois, de coloration rosée, à surface lobulée, qui paraît située à la commissure antérieure. Le pédicule de la tumeur disparaît sous la corde vocale droite et paraît s'insérer immédiatement au-dessous d'elle, près de son point d'union au cartilage thyroïde. Pendant l'expiration, la tumeur se meut et apparaît tantôt au-dessus des cordes vocales et tantôt dans la région sous-glottique. L'espace respiratoire est diminué d'environ un cinquième pendant l'expiration. Pas de dyspnée. Les cordes vocales sont légèrement congestionnées et ne peuvent arriver au contact pendant les efforts de phonation. Le rapprochement ne peut se faire, la tumeur venant se placer entre les deux cordes. Après plusieurs tentatives précédées d'un badigeonnage du larynx à la cocaïne et des pulvérisations à l'acide benzoïque, la tumeur put être enlevée. L'aphonie disparut à la suite de l'extraction. La tumeur n'a pas été examinée au microscope (*The Lancet*, 12 mars 1887.)

Œdème de la glotte (*œdema glottidis*), par le Dr CHRISTOPHER NIXON.

À l'Académie de Médecine d'Irlande, le Dr Nixon présente le larynx et la trachée d'un malade mort d'œdème de la glotte au cours du mal de Bright. (*The Dublin journal of med.*, séance mars 1887.)

Trachéotomie dans un cas d'œdème de la partie supérieure du larynx, guérison (*A success ful case of tracheotomy for œdema of upper part of the larynx*), par le Dr CHEATHAM.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, fut pris d'une gêne respiratoire qui s'accentua de plus en plus. L'auteur constate un œdème considérable de l'épiglotte et des aryténoïdes. La trachéotomie fut faite avec succès, malgré une abondante hémorrhagie. Le malade guérit. On ne put découvrir la cause de cet œdème. (*The Amer. pract. and News*, 28 mai 1887.)

Tubage du larynx chez un nègre. — Guérison (*Intubation of the larynx. — Recovery*), par le Dr F. TIPTON.

Il s'agit d'un enfant nègre âgé de quatre ans; l'auteur appelé à le voir le trouva dans un état d'asphyxie imminente; il

était froid, cyanosé et sur le point de mourir. Il introduisit une première fois un tube de Dwyer; le tube était en place quand un aide maladroit tira sur le fil, chassant ainsi du larynx le tube qui fut avalé. Une seconde introduction fut plus heureuse. Le malade guérit. Le premier tube fut rendu par le rectum. (*The med. Record*, 20 mai 1887.) Dr J. CH.

Le tubage du larynx substitué à la trachéotomie.

Aujourd'hui encore, on discute sur l'opportunité de la trachéotomie dans le croup et on n'est pas complètement d'accord sur le moment où elle doit être pratiquée. Or, récemment, un journal américain a indiqué une méthode de tubage proposée et pratiquée par le Dr O'Dwyer de New-York et consistant dans l'introduction d'un tube entre les cordes vocales. Cette méthode, qui est à peu près celle proposée par M. Bouchut, a pour but de permettre le passage de l'air dans la trachée. Couramment employé en Amérique, le tubage du larynx d'après les statistiques particulières ou hospitalières aurait donné 31 et même 34 0/0 de guérisons, alors qu'après la trachéotomie le nombre moyen de guérisons ne dépasse jamais 30 0/0. (*The Therapeutic Gaz.*, mars 15, 1886, p. 315, *Paris méd.* n° 5, 29 janvier 1887.)

Pendant l'incubation du croup n'existe-t-il pas de médication antiseptique préventive ? par le Dr Ad. DUMAS.

M. Dumas, cherchant une médication préventive de la diphthérie, a administré la teinture d'iode en potion à la dose de huit gouttes au maximum chez de petits malades dont les frères ou sœurs étaient morts du croup. Il possède par devers lui neuf observations de ce genre, où pas une seule fois il n'a vu survenir le croup. Sans se hâter de conclure définitivement, il serait heureux de voir des confrères expérimenter ce moyen dans des cas analogues aux siens, et en se plaçant dans les mêmes conditions. (*Bulletin génér. de Thérap.*, 30 janvier 1887.)

M. NATIER.

Tubage du larynx (*Intubation of the larynx*)

par le Dr Georges W. Mason.

L'auteur rapporte trois cas de croup dans lesquels il a pratiqué le tubage du larynx. Deux malades ont guéri, un troisième est mort. L'auteur préfère le tubage du larynx à la trachéotomie dans le croup. Il invoque en sa faveur les raisons suivantes : 1° Il n'y a point opération sanglante; 2° les parents et les amis du malade l'acceptent plus facilement que la trachéotomie; 3° il donne un plus grand nombre de guérisons; 4° le choc (shock) traumatique est supprimé; 5° tous les dangers d'infection par la plaie sont écartés; 6° il n'expose pas les poumons au danger de l'inflammation qui résulte de l'accès de l'air qui n'a pas été préalablement préparé par son passage dans les voies aériennes supérieures; 7° il n'empêche pas de pratiquer ensuite la trachéotomie si on le juge nécessaire. (*Med. News*, 26 mars 1887.)

Dr J. CH.

**Rétrécissement de la trachée-artère, à la suite
de la trachéotomie.**

Il s'agit d'un enfant de neuf ans, opéré de la trachéotomie (diphthérie), quatre ans auparavant et chez lequel se manifestèrent des signes de rétrécissement des voies respiratoires qui s'accroissaient surtout lorsqu'il faisait des efforts et aussi lorsqu'il était couché. Le laryngoscope permit de constater l'existence d'une tumeur granuleuse développée sur la plaie de la trachée. M. Krakauer, qui présente l'enfant, se propose d'enlever le néoplasme par la voie endolaryngée avec l'instrument de *Baker*. Ce dernier ne croit pas à un rétrécissement mais bien à une tumeur granuleuse de la trachée; trois fois il a extirpé, par la partie supérieure du larynx, de semblables tumeurs sans blesser la trachée.

M. Krakauer se rallie à l'opinion de son contradicteur et vit observer en même temps qu'il ne saurait admettre comme Mackenzie, la préexistence de ces tumeurs qui s'observent toujours au niveau de la cicatrice. (*Sem. méd.*, 19 janvier 1887, n° 4.)

M. NATIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Albert** (Ed.). — Opinions les plus récentes sur la nature de la grenouillette (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 31, 2 août 1887).
- Albertin**. — Kyste de la machoire supérieure (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, n° 29, 1887).
- Anderson** (W.). — Cancer de la lèvre (*Glasgow med. Journ.*, mars 1887).
- Batesman** (F.). — Logonévrose épileptique (*Encéphale*, juillet, août 1887).
- Bayliss**. — Phénomène électrique accompagnant la sécrétion de la glande salivaire chez le chien et le chat (*Internat. Monats. f. Anat. u. Physiol. Leipz.*, IV, 409, 1887).
- Bæcher** (C.). — Langue noire (*Hosp. Tid. Kjobenh.*, 3 R, V, 221-226 1887).
- Boucher**. — Calcul salivaire (*Arch. ital. di laring.*, fasc. 4, oct. 1887).
- Bride** (Mc.). — Tissu adénoïde de la base de la langue comme facteur de maux de gorge (*Edimb. med. journ.*, sept. 1887 et *Brit. med. J.*, p. 179).
- Broca** (A.). — Contribution à l'étude du développement de la face. Etude sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure (*Ann. de Gynéc.*, août 1887, p. 81).
- Brugia** (R.) et **Mateucci** (A.). — Deux cas rares de lésion de la langue (*Centralb. f. laryng.*, sept. 1887).
- Chapman**. — Myalgie du pharynx (*N.-Y. med. journ.*, 27 août 1887).
- Cohen** (Solis). — Tuberculose pharyngée guérie (*The Polyclinic*, sept. 1887).
- Coutenot**. — Des angiomes de la langue (*Thèse Paris*, 1887).
- Descroizilles**. — Stomatite ulcéro-membraneuse (*Le Praticien*, 29 août 1887).
- Després**. — Cancer de la langue. Ablation avec l'écraseur, ligature de deux linguales (*Gaz. des hôp.*, 1^{er} sept. 1887).
- Diday**. — Herpès récidivant de la langue (*Gaz. des hôp.*, 2 août 1887).
- Downie** (W.). — Hémorrhagie après l'amygdalotomie (*Edimb. med. journ.*, sept. 1887).
- Dubousquet-Laborderie**. — Quelques considérations cliniques sur les amygdalites infectieuses (*Gaz. des hôp.*, 6 sept. 1887).
- Duret**. — Sur un angiome palatin (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 22 juillet 1887).
- Fränkel** (A.). — Infection septique consécutive à des lésions pharyngées (*Zeits. f. Klin. med.*, Bd VIII, I).
- Fritsche** (A.). — Modification du couteau annulaire de Lange pour l'amygdalotomie (*Deuts. med. Woch.*, n° 31, 4 août 1887).
- Frœhlich**. — Amygdalite folliculaire et péritonite idiopathique (*Deuts. med. Ztg.*, n° 73, 1887).
- Fusi**. — Corps étrangers de l'arrière-gorge, un crucifix, etc. (*Gazz. el. di Torino*, 5 août 1887).
- Giacich**. — Valeur diagnostique et pronostique de la séméiologie de la langue (*Pester. med. chir. Presse*, n° 22, 1887, in *Centralb. f. Laryng.* sept. 1887).
- Gill** (Mc.). — Remarques sur quatre cas d'excision de la langue (*Edin med. journ.*, août 1887).
- Hoffmann**. — Traitement curatif et préventif de l'angine tonsillaire (*D. prakt. Aerzt.*, n° 5, 1887).

- Hope.** — Hémorrhagie secondaire après l'uvulotomie (*The med. Rec. N.-Y.*, 13 août 1887, p. 189).
- Illera** — Oclusion congénitale du pharynx (*Lancet*, Londres 1887, I, 742).
- Ingals** (Fletcher). — Suppuration de l'antre d'Higmore (*The Journ. of amer. med. Assoc.*, 30 juillet 1887).
- Keimer.** — Un cas d'angiome variqueux du voile du palais étendu à l'amygdale gauche et à la partie antérieure de la voûte du palais, guéri par l'électro-puncture (*Deuts. med. Wochensch.*, n° 33, 18 août 1887).
- Knight.** — Affections sensorielles de la gorge (*N.-Y. med. Journ.*, 27 août 1887).
- Kumar.** — De la glossite (*Wien. med. Blatter*, n° 49, p. 592 et 593, 1887, in *Centralb. f. laryng*, sept. 1887).
- Leloir** (H.). — Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la leucoplasie buccale (psoriasis buccal). *Archiv. de physiol. norm et pathol.*, n° 5, 1887).
- Lublinski.** — Tuberculose des amygdales (*Brit. med. Journ.*, 27 août 1887).
- Massucci.** — Contribution à l'étude du mal de Legal. Céphalalgie temporo-occipitale d'origine pharyngée (*Giornale internaz. di sc. med.*, n° 6, Naples, juin 1887).
- M. D.** — Paralyse du voile palatin (*Journ. of laryng.*, n° 8, août 1887).
- Mollière.** — Du cancer lingual (*La Province médicale*, 10 sept. 1887).
- Monod.** — Adhérence congénitale du voile du palais à la partie postérieure du pharynx (*Soc. de méd. et ch. de Bordeaux*, in *Journ. de méd.*, n° 52, 24 juillet 1887).
- Obalinski.** — Technique de la pharyngotomie latérale destinée à permettre l'extirpation des amygdales hypertrophiées (*Centralb. f. Chirurgie*, n° 28).
- Philips** (W. C.). — Contribution à l'étude des maladies de la luette (*Med. Rec.*, N.-Y., XXXI, 293, 1887).
- Rethi.** — Des nerfs de la sensibilité du pharynx (*Intern. Klin. Rundschau*, 1887).
- Rice** (Cl. C.). Hypertrophies glandulaires et conjonctives des parties latérales du pharynx (*The N.-Y. med. Journ.* 17 sept. 1887).
- Rochet** — De l'épithéliome labial, lingual et jugal chez la femme (*Province méd.*, n° 21, 21 mai 1887).
- Rolland** (A. J. B.). — De la pharyngite granuleuse (*Gaz. méd. de Montréal*, juin 1887).
- Ruault.** — Névroses réflexes d'origine amygdalienne (*Soc. clin. de Paris*, 26 mai 1887).
- Salzer.** — Démonstration d'un cas de tuberculose de la langue (*Anzeigo*, 3 mars 1887, in *Centralb. f. Laryng.*, sept. 1887).
- Schiffers.** — Traitement du catarrhe du sinus maxillaire (*Revue mens. de Laryng., Otol., etc.*, n° 6, juin 1887).
- Seifert.** — Crampe chronique du voile du palais avec troubles objectifs du côté de l'oreille à la suite d'une rhinite chronique (*Internat. Klin. Rundschau*, 29, 1887).
- Suzanne.** — Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, pathogénie de la grenouillette commune (*Thèse Bordeaux et Arch. de Phys.*, 15 août 1887).
- Stern** (M. J.). — Un cas d'ulcération phlegmoneuse de la gorge (*Med. Register Philadelphia*, 1887, I, 318).
- Stetter.** — Opération plastique pour remédier à une destruction du nez (*Verein f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg*, 21 févr. 1887, et *Berlin. Klin. Woch.*, n° 37, 12 sept. 1887).

- Vergely.** — De la céphalée postérieure, ses relations avec les maladies du pharynx (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11, 18, 25 sept. 1887).
- Wells.** — Erysipèle du pharynx (*New England med. monthly*, 1886-87, VI, 253).
- Will.** — Extirpation des amygdales hypertrophiées (*Verein f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg*, 25 avril. et *Berl. Klin. Woch.*, n° 37, 12 septembre 1887).
- Zenner.** — Un cas de spasme de la bouche chez un commissaire priseur (*Berlin, klin. Woch.*, n° 17, 1887).

Nez et Pharynx nasal.

- Ady.** — Tamponnement du nez (*Correspond. du Med. and Surg. rep.*, 30 juillet 1887, p. 160).
- Alvin.** — L'irrigation d'eau très chaude contre les épistaxis graves (*La Loire méd.*, 15 août 1887, n° 8).
- Bresgen (Max).** — Tuberculose ou lupus de la muqueuse nasale (*Separatab., aus der Deuts. Med. Woch.*, 1887, n° 30).
- Bresgen (Max).** — Tuberculose au lupus de la muqueuse nasale. Réponse au Dr Max Schæffer (*Deuts. Med. Woch.*, n° 32, 11 août 1887).
- Bresgen (Max).** — Tuberculose du lupus de la muqueuse nasale. Réplique à la réponse de Max Schæffer dans le numéro 32 de la d. W. (*Deuts. med. Woch.*, n° 37, 15 sept. 1887).
- Bucklin (C. A.).** — Sténose nasale; ses résultats sur les yeux, les oreilles, le pharynx, le larynx et le cerveau (*N.-Y. med. Times*, 1887, 8. XV. 39-43).
- Buffum (J. H.).** — Symptômes oculaires consécutifs à des troubles réflexes du nez (*The med. Era. Chicago Sharz*, 1887, in *Centralb. f. Laryng.*, septembre 1887).
- Campbell.** — Opération plastique pour le cas de destruction du nez par la syphilis (*The Lancet*, 17 sept. 1887).
- Cheatham (W.).** — Végétations adénoïdes de la voûte du pharynx; la troisième amygdale ou amygdale pharyngée (*South Earsten Med. Gazette Louisville* 1887, I. 104).
- Cheatham.** — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (*The Amer. pract. and news*, 3 sept. 1887).
- Dupont.** — Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (*Thèse de Bordeaux*, O. Doin, édit., 1887).
- Duret.** — Epithélioma des fosses nasales (*Soc anat. clin. de Lille, in Journ. des Sc. med.*, 2 septembre 1887).
- Erwin.** — Epistaxis associée à une hypertrophie des amygdales (*The Med. Rec.*, 27 août 1887).
- Eryabran.** — Etude anatomo-clinique de la glande de Luschka (angine de Tornwald) *Thèse*, Paris 1887).
- Farnham (A. B.).** — Pincés coupantes pour le nez et opération nasale non sanglante (*N.-Y med. Journ.*, 1887. XLV, 578).
- Ferré.** — Rhinolithé (*Soc. Anat. de Bord.*, 20 juin 1887).
- Firwe.** — Blennorrhée du nez (*Berl. Klin. Wochensch.* n° 35, 29 août 1887).
- Fritsche.** — Tamponnement prophylactique et antiseptique des fosses nasales comme moyen préventif d'opérations au galvano-cautère (*Therap. Monatsch.*, n° 8, 1887).
- Frontis.** — Le coryza et son traitement (*New-Orleans Med. et Surg Journ.*, 1886-87, n° 5. XIV, 739).

- Glasgow (W.).** — De quelques précautions pour calmer les migraines congestives (*The N.-Y. med. journ.*, 3 septembre 1887).
- Hartmann.** — Instruments pour l'examen et le traitement des maladies de l'oreille et du nez (*Monatsch. f. Aerzt. Polyt.*, 1887, n° 6).
- Hartmann (A.).** — Du croup de la muqueuse nasale. Rhinite fibrineuse (*Deuts. med. Woch.*, n° 29, 21 juillet 1887).
- Heller.** — De l'importance des affections naso-pharyngiennes (*Munch. med. Woch.*, n° 32, 9 août 1887).
- Heurtaux.** — Polype muqueux du nez (*Soc. anat. de Nantes*, 13 juillet 1887).
- Hopmann (C. M.).** — Que faut-il entendre par polype du nez, etc.? (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin-juillet 1887, nos 6 et 7 p. 452-488).
- Ingals (Fletcher).** — Epistaxis (*Med. News*, 23 juillet 1887).
- Jinne.** — Empyème de l'antre d'Highmore (*Norsk Magazin for Laegevidenok*, juillet 1887).
- Jsch-Wall.** — Du tissu érectile des fosses nasales (*Progrès méd.*, 40 et 41 septembre 1887).
- Johnston (S.).** — Un cas de tumeur naso-pharyngienne (*N.-Y. med. Journ.*, 1887, XLV, 438).
- Knight (C. H.).** — Maladies du nez, de la bouche et du cou; extraits et résumés (*The med. Analectic, N.-Y.*, 1887).
- Mackenzie (J. N.).** — Etude historique des névroses nasales d'origine réflexe (*The N.-Y. med. Journ.*, 20 août 1887).
- Major (G. W.).** — Enlèvement d'un corps étranger du nez, sept ans après son introduction (*Canada med. Surg. Journ.*, juin 1887).
- Megevand.** — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx (Genève 1887).
- Moorhead.** — Hay fever (*Correspond. du Brit. med. journ.*, 23 juillet, p. 226).
- Morell-Mackenzie.** — Traité pratique des maladies du nez (*Traduct. J. Moure et Charazac*, Paris 1887).
- Morgan (E. C.).** — La bourse pharyngienne et ses relations avec les maladies du nez (*Maryland Med. Journ.*, 1887).
- Moure (E. J.).** — Sur un cas de chancre induré de la fosse nasale droite (*Revue mens. de laryng.*, n° 7, juillet 1887).
- Natier.** — Deux cas de déviations de la cloison du nez (*Soc. Anat. de Bord.*, 24 juin 1887).
- Oshonne Walker.** — Méthode simple pour enlever les corps étrangers de la partie antérieure du nez (*The Lancet*, 17 sept. 1887).
- Roé.** — Hay fever. Analyse de 42 cas traités par l'auteur, résultats du traitement (*The N.-Y. Med. Journ.*, 3 septembre 1887).
- Rolland (J. B.).** — De la rhinite aiguë (*Gaz. méd. de Montréal*, août 1887).
- Rood (L. D.).** — Un cas grave d'épistaxis (*Med. Rec. N.-Y.*, 1887, XXI, 819).
- Roux (F.).** Le traitement du coryza (*Revue gén. de clin. et thérapeut.*, 22 sept. 1887).
- Rumbold.** — Additions à la nomenclature médicale des maladies du nez et de la gorge (*Saint-Louis Med. a Surg. Journ.* Août 1887, n° 2).
- Seanes-Spicer.** — De la distension des veines transversales du nez chez les enfants, leur pathologie et leur traitement (*Brit. med. journ.*, 27 août 1887).
- Schauss (A.).** — De la déviation de la cloison du nez (*Arch. f. klin. chir.* XXXV. 1. p. 447, 1887).

- Schnitzler.** — Traitement de l'asthme bronchique (*Mittheil. des W. M. B. C.* n° 13 et 14, 1887. *Ext. of Internat. Centralb. f. laryng., etc.*, septembre 1887).
- Schmiegelow.** — Second rapport de la clinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx à l'hôpital de Copenhague; 48 pages (*Hospital's Teidende*, 1887).
- Schøtz.** — Végétation adénoïde (*Norsk mag. Laeg.*, août 1887).
- Seifert (O.).** — De la rhinite croupale (*Münch. med. Woch.*, n° 38, 20 septembre 1887).
- Seiss (R. W.).** — Le thymol dans le traitement du catarrhe nasal atrophique (*Med. News*, Philadelphie, 1887. t. 370).
- Seth S. Bishop.** — Hay fever (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 23 juillet 1887).
- Seth H. Bishop.** — Morphine et atrophine dans l'Hay fever (*Correspond. de The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 6 août 1887).
- Slover-Allen.** — Un nouveau serre-nœud (*Med. News*, 16 juillet 1887 p. 84).
- Smith (Watson).** — Note sur l'action réflexe des nerfs olfactifs sur les nerfs du palais et de l'estomac (*Med. chronicle Marz*, 1887. *Centralb. f. laryng.*, septembre 1887).
- Sieda.** — Des amygdales pharyngées (*Verein f. wissenschaft. Heilk. zu Königsberg*, 7 mars 1887. *Berl. klin. Woch.*, 12 septembre 1887).
- Strauch (P.).** — Recherches relatives à un micrococcus rencontré dans les sécrétions du pharynx nasal (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin-juillet 1887. nos 6 et 7, p. 149-181).
- Stucky.** — Corps étrangers du nez. Extraction (*Amer. Practit. and News*, Louisville 1887, III. 437).
- Tédénat.** — L'ozène vrai (*Montpellier méd.*, n° 3, 1^{er} août 1887).
- Thost.** — Relation entre les affections nasales et pulmonaires (*Deuts. med. Woch.*, n° 35, 1887).
- Thudicum.** — Nature et traitement des hypertrophies et tumeurs des cavités nasales et pharyngiennes (*The Lancet*, 27 août 1887).
- Wade.** — Traitement de l'épistaxis (*Med. Press and circ.*, p. 521, 1887).
- Vilbiss.** — Traitement de la rhinite aiguë et chronique (*Cleveland Med. Gaz.* 1886-87, II. 495).
- Villedary.** — Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement (*Thèse, Bordeaux*, 1887).
- Welmer (R.).** — Affections nasales liées au coryza; quelques considérations spéciales sur leur traitement (*Deuts. med. Ztg.* n° 64, 62 et 63, août 1887).
- Weir (D.-F.).** — Fibro-sarcome du nez enlevé à l'aide de l'écraseur de Chassaignac; récurrence du côté du cerveau (*N.-Y. Med. Journ.* 1887. XLV. 282).
- Woakes.** — Discussion sur les névroses réflexes du pharynx nasal (*Brit. med. Assoc. in Brit. med. Journ.*, 27 août 1887, p. 62).

Larynx et Trachée.

- Agnew.** — Excision du larynx et du pharynx (*Med. News Philad.*, 1. 44).
- Archambault.** — Pièce de 0 fr. 50 tombée dans le larynx, tentatives infructueuses par les voies naturelles, thyrotomie, guérison (*Gaz. des hôp* 25 août 1887).
- Ariza.** — Tuberculose laryngée (*Rivista de lar., ot., etc.*, n° 2, août 188

- Ariza.** — Papillome laryngien volumineux, obstruction de l'orifice glottique, trachéotomie, guérison (*Rivista de med. y cirurg. pract.* 7 août 1887).
- Arnold.** — Ulcération mixte (syphilitique et tuberculeuse) de la gorge (*Pacific med. et surg. Journ. San-Francisco*, 1887, XXX, 213).
- Bandler (A.).** — Abscès idiopathique du larynx (*Prager med. Woch.*, n° 34, 24 août 1887).
- Barbon.** — Paralysies du larynx (*Thèse Paris*, 1887).
- Block (Alois).** — Contribution à l'étude de la laryngite hémorrhagique (*Wien. med. Presse*, n° 33, 14 août 1887).
- Bouchard.** — Aliénation mentale et mutisme hystérique (*Annales méd. psych.*, sept. 1887).
- Bouchut.** — Tubage du larynx (*Paris méd.*, 13 août 1887).
- Caillé.** — Tubage du larynx (*Berl. Klin. Woch.*, n° 32, Paris 1887).
- Case (A.-G.).** — Intubation du larynx pour une laryngite membraneuse, guérison (*Pittsburg med. Review*, 1886-87, I, 414).
- Cerné.** — Le tubage du larynx dans la diphtérie (*La Normandie méd.*, 4^{er} sept. 1887).
- Championnière (Paul-Lucas).** — Quelques nouveaux modes de traitement de la phthisie pulmonaire et laryngée (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai 1887).
- Charazac.** — Les sulfureux dans la tuberculose laryngée (*Revue méd. de Toulouse*, 15 août, 1^{er} et 15 sept. 1887, nos 16, 17 et 18).
- Chiarella et Novaro.** — Considérations sur un nouveau cas d'extirpation totale du larynx, de l'os hyoïde et d'une partie du pharynx (*Arch. ital. di laring.*, fasc. 4, oct. 1887).
- Chittenden (Ch.).** — Trachéotomie et insufflation chez les nouveaux-nés (*Corresp. de The Lancet*, 13 août 1887, p. 346).
- Cohen (Solis).** — Cautérisation électrique et avulsion des polypes des cordes vocales (*Med. News*, 3 sept. 1887).
- Dauvin.** — Le vertige laryngé (*Journ. de méd. de Paris*, 7 août 1887).
- Defontane.** — De la trachéotomie (*La Prat. méd.*, 6-13 20 sept. 1887).
- Denison (C.).** — Ma première intubation du larynx. Guérison (*Journ. amer. med. Assoc. Chicago*, 1887, VIII, 342).
- Donaldson (F.).** — Recherches ultérieures sur la physiologie du récurrent (*N.-Y. med. Journ.*, 6 et 13 août 1887).
- Eichberg (J.).** — Tubage du larynx. Six cas nouveaux (*Cincinnati Lancet clinic.*, 1887, XVIII, 321).
- Eppenger.** — Anatomie pathologique du larynx et de la trachée (*Kleb's Handb. der pathol. Anat.*).
- Fort.** — Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx, crico-trachéotomie sans canule (*Gaz. des hôpit.*, 9 août 1887).
- Saint-Germain.** — Chloroforme et trachéotomie (*Trib. méd.*, 14 août 1887).
- Hartwich (H.).** — Innervation du larynx, paralysie et contracture des cordes vocales (*Jena* 1887, B. Engan, 51 p., in-8°).
- Hoadley.** — Tubage profond du larynx substitué à l'intubation avec neuf observations et présentations d'instruments (*Journ. amer. med. assoc. Chicago*, 1887, VIII, 331).
- Hoffa.** — Conséquences de l'extirpation du larynx (avec présentation de malades) (*Physik. med. Gesells. zu Wurzburg*, B. VII, et *Münch. med. Woch.*, n° 32, 1887).

- Hoffa.** — Conséquences de l'extirpation du larynx (avec présentation de malades) (*Physik. med. Gesells. zu Wurzburg*, 23 juin 1887).
- Hooper (F.).** — Anatomie et physiologie des nerfs récurrents (*N.-Y med. Journ.*, 16 et 23 juillet et 6 août 1887).
- Jacobson (A.).** — Anatomie et physiologie du muscle thyro-aryténoïde (*Arch. f. mikroskop. anat.*, T XXIX).
- Jascher (J.).** — Intubation intra-ventriculaire du larynx (*Chicago med. Times*, 1887-8, XIX, 53).
- Jennings.** — Trachéotomie et insufflation chez les nouveaux-nés (*Corresp. de The Lancet*, 23 juillet 1887).
- Kayser (R.).** — Un cas de corps étranger du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin 1887, n° 6, p. 156).
- Kellogg.** — Crampe laryngienne des musiciens et des orateurs (*The med. Rec.*, 23 juillet 1887).
- Kohler.** — A propos de 24 extirpations du larynx faites depuis 1876 (*Deuts. Zeitsc. f. chirurgie*, n° 26, H., I. II).
- Lannegrace.** — Diagnostic différentiel de certaines formes de laryngite (*Montpellier méd.*, n° 2, 16 juillet 1887, p. 87).
- Lennox-Browne.** — Sténose laryngée (*Brit. med. Assoc., in Brit. med. J.*, 27 août 1887).
- Levy et Etienne.** — Un cas de rétrécissement congénital du larynx (*Rev. méd. de l'Est*, n° 15, 4^{er} août 1887).
- Loretta.** — De la laryngotomie dans les maladies du larynx (*Boll. delle sc. med.*, mai et juin 1887).
- Lublinski.** — Un cas de sténose de la trachée; heureux résultat obtenu par le cathétérisme de la trachée (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 37, 12 sept. 1887).
- Mac Bonagh.** — Tuberculose du larynx (*Ontario med. Assoc. Canada med. surg. Journ.*, juillet 1887).
- Mackensie (Hunter).** — Traitement de la phthisie laryngée (*Brit. med. Journ.*, 27 août 1887).
- Major (G. W.).** — Enlèvement d'une coquille de noix enfoncée dans le larynx (*Canada med. surg. Journ.*, mai 1887).
- Masini.** — Sur les centres moteurs du larynx, étude expérimentale et clinique (Poggibonsi, 1887).
- Morra.** — Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes (*Arch. de la roy. acad. de Turin, in Riforma med.*, n° 172, 1887).
- Moura.** — Classification des muscles du larynx (*Revue mens. de laryn.*, n°s 7 et 9, juillet et septembre 1887).
- Newman (D.).** — Eclat de balle de carabine enlevé du ventricule gauche du larynx (*Glasgow. med. Journ.*, mai 1887).
- Obalinski (A.).** — De la chirurgie actuelle du larynx (*Wien. med. Presse*, n°s 30-31, 24-31 juillet 1887).
- Oliveira de Castro.** — Traitement de la laryngite chronique (*Rivista de med. dosimetr.*, février 1887).
- Oppenheim.** — Observation de tabes accompagné de crises gastriques et laryngées et de spasmes de la déglutition.
- Palacios.** — Syphilis laryngée (*Los avisos*, 10 juin 1887).
- Partridge.** — Tubage du larynx (*Arch. of Pediat. Philadelphia*, 1887, IV, 154).
- Percy Kidd.** — Paralysie bilatérale des dilateurs de la glotte, parésie consécutive des constricteurs (*The Lancet*, 23 juillet 1887).

- Polherat.** — Corps étrangers du larynx (*Soc. Anat.*, Paris, 8 juillet 1887).
- Prior (J.).** — De l'iodol et de son efficacité thérapeutique dans les affections tuberculeuses et autres du larynx et du nez (*Münch. med. Wochens.*, n° 37, 20 sept 1887).
- Proser-James.** — Phtisie laryngée (*Disc. à la Brit. med. Assoc.* 53^e ann., *Meet.*, 2 au 5 août 1887, in *Brit. med. J.*, 27 août).
- Roquer Casadesus (J.).** — Enchondrome intrinsèque du larynx, trachéotomie, épithéliome pharyngien, mort (*Rivista de lar., ot., etc.*, n° 1, juillet 1887).
- Roser.** — Laryngoscope fixe (*Centralb. f. Chirurgie*, n° 28, 1887).
- Rosbach.** — Sténoses cicatricielles du larynx (*Korrespond. bl. d. Allg. ärztl. Ver. v. Thüringen*, 4, 1887).
- Roux.** — Carcinome et section circulaire de l'œsophage. Excision du larynx et du corps thyroïde, guérison (*Revue méd. de la Suisse romande*, 13 août 1887).
- Sajous (Ch.).** — Etudes des principales objections faites au tubage (*N.-Y. med. Journ.*, 23 juillet 1887).
- Schrakampf.** — Trois cas rares de trachéotomie (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 32, 29 août 1887).
- Schrakampf.** — Contribution à l'indication, au procédé et au traitement consécutif de la trachéotomie dans le cas de croup et de diphtérie (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd., 3, 4, 1887).
- Schrötter.** — Œdème du larynx (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 32, 9 août 1887).
- Schötz.** — Présentation d'instruments pour le tubage du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 27 juillet 1887, n° 63, p. 707).
- Schwald.** — Injections sous-cutanées dans la trachée de liquides qui se répandent dans les poumons et tout l'organisme (*Deuts. Archiv. f. Klin. med.*, XXXIX).
- Semon (P.).** — De l'importance actuelle de la laryngologie et du rôle qu'elle aura bientôt (*Internat. Centralb. f. Laryng.*, etc., août 1887).
- Senesse.** — Traitement local de la phtisie laryngée (*Thèse de Bordeaux*).
- Senn.** — Extirpation du larynx (*Corresp. de The Journ. of Amer. med. assoc.*, 9 juillet 1887, p. 62).
- Sota y Lastra (R.).** — Laryngite hémorragique (*Revista med. de Sevilla*, 15 juillet 1887).
- Spannocchi.** — Sutures métalliques thyro-hyoïdiennes (*Gaz. degli ospit.*, n° 59, 24 juillet 1887).
- Stocker.** — Un nouvel aide pour la trachéotomie (*Brit. med. assoc. in Brit. med.*, J., 27 août 1887).
- Strübing.** — Ludwig Mende et ses travaux en laryngologie. Etude historique (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, juin 1887, n° 6, p. 158).
- Thost.** — Traitement de la sténose du larynx (*Société de méd. de Hambourg*, 12 juillet 1887, et *Münch. med. Woch.*, n° 29, 19 juillet 1887).
- Tissier.** — Complications laryngées de la fièvre typhoïde (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, n° 8, 1887).
- Trifiletti.** — Un cas probable de tuberculose laryngée primitive (*Bollet. delle mat. dell' Orec.*, etc., n° 5, 1^{er} septembre 1887).
- Durso.** — Trachéotomie pour un corps étranger (*Giorn. int. delle sc. med.*, an IX, n° 7, Naples, 1887).
- Virchow.** — Pachydermie du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 27 juillet 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 62, p. 698).

- Waxham.** — Tubage du larynx avec rapport de 134 opérations (*The Journ. of Am. med. assoc.*, 30 juillet 1887).
- Waxham (F. E.)** — Instruments modifiés pour le tubage (*Chicago med. Journ. a. Examiner*, 1887, LIV, 300).
- Wegener.** — Paralyse musculaire du larynx, symptomatique du *tabes dorsalis* (*Thèse de Berlin*, 1887).
- Woakes.** — Discussions sur les névroses réflexes du pharynx nasal (*Brit. med. assoc.*, Dublin, du 2 au 5 août 1887).
- Wroblewski (W.)** — Granulome du larynx opéré avec la curette (*Medycyna*, n° 22, 1887).
- X...** — Tubage du larynx (*Med. Regist. Philadelphia*, 12 février 1887, in *Centralb. f. Laryng.*, septembre 1887).
- X..** — Tumeur bénigne du larynx (*Correspondance du N.-Y. med. Journ.*, 23 juillet 1887, p. 403).
- X...** — Spasme laryngé des chanteurs et des orateurs (*Riforma med.*, an III, n° 485, Naples 1887).
- X..** — Tubage du larynx (*Riforma med.*, an. III, n° 489 et suiv. 1887).
- Zenker.** — De la *Pachydermia verrucosa* du larynx (*Münch. med. Woch.*, n° 32, 9 août 1887).
- Zesas.** — Un cas d'infection purulente généralisée due à l'implantation d'une aiguille dans le larynx (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzt.*, I, VIII, 1887).

Oreilles

- Acal.** — Récepteur auriculaire (*Rivista di Sanid. milit.*, Madrid, 1^{er} sept. 1887).
- Allard.** — Furoncle de l'oreille (*Le Scalpel*, n° 4, 24 juillet 1887).
- Barck.** — Un cas d'abcès du cerveau après une otorrhée, autopsie (*Saint-Louis med. a. surg. Journ.*, juillet 1887).
- Baroncz.** — Trois cas de trépanation de l'apophyse mastoïde (*Proc. lek.*, n° 4, 1887).
- Barr (Th.)** — Du bourdonnement. Discussion, p. 460 (*Brit. med. Journ.*, 27 août 1887).
- Bechterer.** — A propos de l'origine du nerf acoustique et de l'importance physiologique du nerf vestibulaire (*Neurol. Centralb.*, 9, 1887).
- Bennett.** — Affections sympathiques de l'oreille (*The Lancet*, 30 juillet 1887).
- Berthold.** — Tympan artificiel avec la membrane testacée de l'œuf (*Verein f. Wissenschaft Heilk. zu Königsb. et Berl. Klin. Woch.*, n° 37, 12 septembre 1887).
- Bettmann et Spanling.** — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la dernière moitié de l'année 1886 (N.-York, 1887).
- Boettcher.** — Comment se développe la sensation de l'ouïe dans le limaçon ? (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 4, u. 2, H. p. 1, 5 août 1887).
- Boullangier.** — Traitement, par la trépanation hâtive, des abcès intra-mastoïdiens (*Thèse Bordeaux*, 1887).
- Bürkner.** — Rapport sur les cas observés à la polyclinique des maladies de l'oreille de Göttingen en 1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 4 u 2 H, p. 101, 5 août 1887).
- Burnett.** — Examen de quinze sourds-muets, au moyen de l'otophone de Maloney (*Amer. Otol. Soc.*, juillet, 1887).
- Burnett (Ch.)** — Extirpation d'un exostose du conduit osseux, suivie d succès (*Amer. Otol. Soc.*, 19 juillet 1887).

- Burnett.** — Rapport sur les progrès de l'otologie (*Philadel. med. Times*, 6 août 1887).
- Cozzolino.** — Relevé des malades traités de 1883 à 1887 (*Bollett. del. Sc. med.*, juillet et août 1887).
- Corradi.** — Deux cas d'anémie grave avec surdité bilatérale (Vérone, 1887).
- Delstanche.** — Considérations sur l'emploi du tympan artificiel (*La Clinique*, 21, 23 juillet. et 4 août 1887.)
- Fins.** — Contribution à l'étude des affections de l'oreille moyenne dans l'enfance (*Jasrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XXXVI, H 3, 4).
- Giampietro.** — Abrégé sur les maladies de l'oreille, du nez, etc. (1^{er} liv. *tipog. Gambetta*, Naples, 1887).
- Gradenigo.** — Contribution à l'étude de l'otite interne primitive (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 46, 5 août 1887).
- Gomperz.** — Rapport sur le huitième Congrès « des Otologistes du Sud et de la Suisse » à Vienne, le 11 avril 1887 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 90, 5 août 1887).
- Gruber (J.)** — De la présence du pus verdâtre dans l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin-juillet 1887, nos 6 et 7, p. 145-178).
- Habermann (J.)** — Contribution à l'anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe (*Sonderabd. aus der « Ztsch. f. Heilk. »* Bd. VIII (Prag., 1887, *Durch der K. K. Hofbuchd. A. Hasse*).
- Hartmann** (traduit par *Erskine*). — Les maladies de l'oreille et leur traitement (Edimbourg, 1887).
- Holt.** — Une poudre efficace, avec remarque sur l'emploi des poudres dans le traitement des maladies de l'oreille (*Amer. Otol. Soc.*, juillet 1887).
- Jakins.** — Toux auriculaire (*Practit. Londres*, p. 422, 1887).
- Katz (L.)** — Contribution à l'étude anatomique du labyrinthe membraneux (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, etc., n° 7, juillet 1887).
- Kirchner.** — Formations diverticulaires dans la trompe d'Eustache de l'homme (*Sonderabd. aus Festchr. f. Albert von Kelliker*, Leipzig, W. Engelmann, 1887).
- Kirchner.** — Des maladies du labyrinthe (*Sitzungs der physik., med. Gesells. Wurzburg*, XII, 1887).
- Knapp.** — Examen du pouvoir auditif et comment il faut noter ses résultats (*Amer. Otol. Soc.*, 19 juillet 1887, in *med. News*).
- Koll.** — Rapport sur le mouvement de la polyclinique pour les maladies des oreilles à l'Université de Bonn pendant l'année 1886-87 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, 5 août 1887, p. 73).
- König.** — De l'acuité auditive et de sa détermination au moyen du diapason par la voie extra-cranienne (*Archiv. f. Anat. u. Phys.*, p. 345, 1887).
- Lazzari.** — Quelques mots sur l'éducation des sourds-muets (Turin, 1887).
- Lewis (R.-H.)** — Réflexions pratiques sur les corps étrangers de l'oreille (*North. Cav. N.-Y. Wilmington*, 1887, XIX, 296-300).
- Lope Carralero.** — Polypes de l'oreille (*Gaceta Oftalmol. Otol.*, etc., août, *Rivista di laring.*, etc., n° 1, juillet 1887).
- Marian.** — Rapport sur les maladies de l'oreille, traitées en 1883-1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 63, 5 août 1887).
- Ménard et Haguin.** — Accidents épileptiformes et vertige de Ménière. Difficulté de diagnostic (*Journ. des Sc. med. de Lille*, 22 juillet 1887).
- Mendel.** — Surdi-mutité hystérique (*Berlin. med. Gesells.*, 13 juillet 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 58, p. 652).

- Miot.** — Réflexions sur l'obstruction de la trompe chez un diabétique (*Revue mens. de laryng.*, etc., n° 6, mai 1887).
- Miot.** — Des pressions centripètes et centrifuges sur la membrane du tympan comme moyen de diagnostic et de traitement (*Revue mens. de laryng.*, n° 7, juin 1887).
- Phillips (S. L.).** — Syphilis secondaire de l'oreille moyenne; paralysie faciale unilatérale (*South. M. Rec Atlanta*, XVIII, 268-270, 1887).
- Politzer.** — De l'eczéma de l'oreille (*Ann. des mal. de l'or.*, etc., n° 8).
- Politzer.** — De l'otite moyenne purulente aiguë (*Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, 1 et 8 septembre 1887).
- Pratolongo.** — Note thérapeutique sur l'otologie (*Bollet. delle mal. dell' Orecch.*, etc., n° 5, 1887).
- Puig.** — Essai sur les blessures de l'oreille par arme à feu (*Thèse Lyon*, 1887).
- Purjesz (J.).** — Traitement des polypes de l'oreille (*Orvosi hetí Szemle*, Budapest, II, 349-351, 1887).
- Rohden und Kretschmann.** — Rapport sur le mouvement de la clinique des oreilles à l'Université de Halle en 1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXV, 1 u. 2 H, p. 106, 5 août 1887).
- Rolland (A. J. B.).** — De l'eczéma du pavillon de l'oreille (*Gaz. méd. de Montréal*, juillet 1887).
- Rolland (A. J. B.).** — Coup d'œil sur l'otologie (*Gaz. méd. de Montréal*, mai 1887).
- Roosa (J.).** — I. Diagnostic différentiel des affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe. II. Remarques sur un cas d'abcès du cerveau. III. Suppuration du tympan chez un Brightique (*Amer. Otol. Soc.*, 19 juillet 1887).
- Rummo.** — Un cas de vertige de Ménière (*Riforma med.*, n° 37, Naples).
- Salalles.** — Otomycosis (*Rivista di lar. otol.*, n° 3, sept. 1887).
- Schmiegelow.** — De l'aliénation, des mouvements forcés et autres névroses occasionnées par les maladies de l'oreille moyenne (*Revue mens. de laryng.*, n° 8, août 1887).
- Schutte.** — Le premier semestre de ma clinique pour les maladies de l'oreille et du nez, à Parme (Milan, 1887).
- Sexton.** — Excision des osselets de la caisse dans l'inflammation suppurée chronique de l'oreille moyenne (*Amer. Otol. Soc.*, juillet 1887).
- Simon (P.).** — Otite moyenne suppurée ancienne chez un enfant de neuf ans carie; phlébite du rocher des sinus, etc. (*Revue médicale de l'Est*, n° 17, 1^{er} sept. 1887).
- Smith.** — Suppuration de l'oreille, méningite suppurée, mort; autopsie (*The Lancet*, p. 312, 13 août 1887).
- Snell.** — Vices de conformation congénitaux de l'œil et de l'oreille (*Practit.*, XXXVIII, 261-266, Londres 1887).
- Spear.** — Remarques sur le tympan, observations (*Boston med. a. surg. Journ.*, 25 août 1887).
- Suñé (L.).** — Les tympans de Nicholson (*Rivista di lar. otol.*, etc., n° 3, sept. 1887).
- Szenes (S.).** — Rapport sur l'ambulatorium du professeur J. Bøke pour les maladies de l'oreille à Rochusspital pendant l'année 1886 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd., XXV, 1 u. 2, H, p. 55, 5 août 1887).
- Theobald.** — Syphilis du labyrinthe (*Amer. Otol. Soc.*, juillet 1887).
- Thompson.** — Otite moyenne suppurée aiguë et chronique (*Mississ. Valley med. Assoc. in the Améric. Pract. a. News*, n° 42, 6 août 1887).

- Vergely et Moure** — Corps étrangers de l'oreille (*Soc. Anat. de Bordeaux*, 21 juin 1887).
- Wagnier**. — Tympan artificiel (*Revue mens. de laryng.*, n° 6, mai 1887).
- Warden**. — Surdi-mutité et mariages consanguins (*Brit. med. Journ.*, discussion, p. 461, 27 août 1887).
- Webster**. — Quelques-unes des causes des affections non suppurées de l'oreille et des meilleurs moyens de les éloigner (*Weekly med. Rev.*, 6 août 1887).
- Whittell**. — Un nouveau moyen pour enlever les polypes de l'oreille (*Pacific med. and surg. J., San-Franc.*, p. 385, 1887).
- Williams**. — Abcès de la caisse, perforation du tympan et de leur traitement (*Saint-Louis med. a. surg. Journ.*, 7 septembre 1887).
- Williams**. — Abcès de la caisse. Perforation du tympan et leur traitement (*Saint-Louis med. a. surg. J.*, n° 3, sept. 1887).
- X...** — De la vue et de l'ouïe des employés du chemin de fer (*Cincinnati Lancet Clinic*, 9 juillet 1887).

Croup et Diphtérie.

- Arbaleya**. — Emploi du copahu à l'intérieur dans la diphtérie (*Corresp. méd.*, 16 mai 1887).
- Baratoux**. — Diagnostic, pronostic et traitement de la diphtérie (*La Prat. méd.*, 9 et 15 août 1887).
- Binet (P.)**. — Néphrite aiguë pendant la convalescence d'une diphtérie (*Revue méd. de la Suisse romande.*, juillet 1887).
- Boudet**. — Scarlatine et diphtérie (*Journ. de la Haute-Vienne*, n° 8, août).
- Bradford (C. S.)**. — Quelques considérations sur le traitement de la diphtérie (*South clin.*, Richmond, 1887, X, 135).
- Brothers**. — Diphtérie, laryngo-trachéo-bronchique, tubage. (*The med. Rec.*, 23 juillet 1887).
- Brothers**. — Diphtérie, mort après le tubage (*The N.-Y. med. Journ.*, 17 septembre 1887).
- Cari**. — L'épidémie de diphtérie (*Revista med. quirurg.* Buenos-Ayres, n° 2, 23 avril 1887).
- Delaet**. — Angine diphtéritique suivie de paralysie des membres et de caverne dans le poumon (*Arch. de méd. belges*, Brux., 1887, 25, XXXI, 100-106).
- Gill**. — Traité de la diphtérie historique, (traduction du livre de M. Sanné, New-York, 1887).
- Gomez de la Mota**. — Angine diphtéritique et croup. (*Los avisos sanitas.*, 20 juin 1887).
- Gordilla-Lozano (G.)**. — Angines diphtéritiques (*El dictamen*, 30 août 1887).
- Gort**. — Quelques mots sur la laryngite diphtéritique (*Boi. clinico de Lerida*, n° 15, 8 septembre 1887).
- Grøn**. — Dilatation aiguë du cœur et dégénérescence granuleuse du muscle cardiaque dans le cours d'une convalescence de diphtérie du larynx (*Norsk. Mag. for Laeger*, 1887, p. 640).
- Lacklan Tyler**. — Diphtérie et trachéotomie (*The Journ. of amer. med. ass.* 27 août 1887).
- Lange**. — Traitement de la diphtérie (*Allgem. med. Centralb. Ztg.*, n° 62).
- Lasson**. — De la thérapeutique de la diphtérie; exposé historique et critique (*Normandie méd.*, 15 août 1887).

- Manero (E.).** — Diphthérie. Réflexions sur son traitement, ses récidives et les paralysies qui lui sont consécutives (*La Fraternidad med. farmac.*, juin 1887).
- Mercier.** — L'angine couenneuse, sa guérison par le chloral (Besançon, 1887).
- Mount Bleyer.** — Bioxyde d'hydrogène, son administration sous la forme de vapeurs ozonisées dans la diphthérie et les maladies du pharynx, larynx etc. (*The med. Rec.*, N.-Y., 13 août 1887).
- Munk (N.).** — Influence de la température sur la mortalité par le croup dans les Pays-Bas (*Heidelberg Inaug. Dissert.*, Leiden P. W. M. Trap, 1887).
- Palardy.** — Etude sur le traitement de la diphthérie (*Un. méd. du Canada*, n° 7., juillet, 1887).
- Paquet.** — Diphthérie. (*Clinique. Gazette méd. de Montréal*, mai 1887).
- Perna de Salomo.** — Croup, trachéotomie, guérison (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, n° 7, juillet, 1887).
- Quenell (R.).** — Diphthérie circonscrite (*Brit. med. journ.*, 20 août 1887).
- Sancho Martin.** — Etude médicale sur la diphthérie, son traitement le plus efficace (*El Genio med. quirurg.*, 15 avril 1887).
- Schrøtter.** — Croup et diphthérie (suite) (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 29, 19 juillet 1887).
- Stefano (de).** — Traitement de la diphthérie (*Gaz. degli ospit.*, n° 63, 14 août 1887).
- Suss (A.).** De la paralysie diphthérique du pneumo-gastrique (*Revue des maladies de l'enfance*, août 1887).
- Tepton.** — Croup diphthéritique, intubation par la méthode d'O'Dwyer. Guérison (*Alabama med. a. Surg. Journ.*, 1887, II, 331).
- Thoinet.** — Note sur l'étiologie de la diphthérie (*Revue d'hygiène*, 20 août 1887).
- Tiraboschi.** — Etiologie et pathogénie de la diphthérie (*Giorn. internaz. d. sc. med.*, n° 7, juillet 1887).
- Teorday.** — Un cas de diphthérie du larynx accompagné d'un emphysème sous-cutané considérable (*Archiv. f. Kinderheilk.*, VIII, 1887).
- Varela.** — Deux mots sur le traitement de la diphthérie. (*El Genio med. quir.*, 7 février 1887).
- Valera y Jimenez.** — Angine diphthéritique. (*El siglo med.*, 31 juillet 1887).
- Walley (Th.).** La diphthérie chez l'homme et chez les animaux (*Corresp. de The Lancet*, 27 août 1887).
- X...** Prophylaxie domestique de la diphthérie (*La Pratique méd.*, 23 août 1887).

Varia.

- Aigre.** — Tumeur de la glande thyroïde (*Revue mens. de laryng.*, n° 6, juin 1887).
- Alvin.** — De l'emploi de l'iodoforme pour combattre certaines dysphagies (*Loire méd.*, 15 sept. 1887, n° 9).
- Bricchetti.** — Lympho-adénome du cou (*Milan*, 1887).
- Cardone.** — Hypertrophie du thyroïde coïncidant avec une atrophie de la rate (*Arch. ital. di lar.*, fasc. 4, octobre 1887).
- Carle.** — De l'extirpation du goitre (*Riforma med.*, n° 134, Naples, 1887).
- Debove.** — I. Hystérie et goitre exophtalmique. II. Ulcère simple et rétrécissement cicatriciel de l'œsophage (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 août 1887).
- Dos (G.).** — Etude de la toux (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, etc., n° 7, juillet 1887).

- Dubruel.** — Goitre kystique, maladie de Basedow, guérison (*Gaz. méd. de Paris*, 20 août 1887).
- Duchesne** — De la cocaïne, ses principales applications en thérapeutique (*Thèse Paris*, 1887).
- Du Pré.** — Goitre suffocant (*Soc. des sc. méd. de Bruxelles, à la Clinique*, p. 374, 8 septembre 1887).
- Fischer.** — L'œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zeitsch. f. Chirurgie*, XXV).
- Fleming.** — Thérapeutique de la coqueluche (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, n° 34, 1887).
- Folinea** — Du traitement chirurgical du goitre (*La méd. contempor.*, n° 6, juin 1887).
- Fraenkel (B.).** — Discours d'ouverture lors de l'inauguration à l'Université Royale de la polyclinique des maladies de la gorge et du nez (*Egypt. Deutsch. med. Woch.*, n° 23, 1887).
- Fränkel.** — Varices de l'œsophage (*Aerztl. Verein zu Hamburg*, 17 mai 1887, *Deuts. med. Woch.*, n° 34, 25 août 1887).
- Hartley.** — Thyroïdectomie (*N.-Y. med. Journ.*, 16 juillet 1887).
- Jacquemart.** — Communication à propos d'un nouveau serre-nœud galvanique (*Revue mens. de laryng.*, etc., n° 8, août 1887).
- Keller.** — Paralysie de l'accessoire (*Aerztl. Verein in Köln*, et *Deuts. med. Wochens.*, 2 sept. 1887).
- King (Ed.).** — Corps étranger de l'œsophage, ablation (*The Canadian pract.*, août 1887).
- Kurz (E.).** — Constriction de l'œsophage. Mort. Consécutive à une pleurésie avec perforation (*Deuts. med. Wochens.*, n° 34, 25 avril 1887).
- Landauar.** — Une observation de myxœdème (*Thèse Paris*, 1887).
- Langerham (R.).** — Un cas de muguet de l'œsophage avec inflammation de la muqueuse (*Archiv. f. pathol. anat.*, etc., août 1887).
- Liégeois.** — Traitement du goitre exophtalmique (*Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, 8 septembre 1887).
- Lima et de Mello.** — De la coexistence de certaines formes de lèpre avec des manifestations du côté des yeux, du nez et des oreilles (*Monats. f. prakt. Dermat.*, nos 13-14, 1887).
- Marcil.** — Parotidectomie (*Union méd. du Canada*, n° 8, août 1887).
- Marcantoni (E.).** — Kyste du corps thyroïde (*Gaz. med. di Roma* 13 août 1887).
- Mermoud.** — Dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement organique (*Rev. med. de la Suisse romande*, juillet 1887).
- Mermoud.** — De l'électrolyse dans le traitement de quelques affections de la peau et des muqueuses (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév. 1887).
- Mets.** — Goitre exophtalmique, formes frustes (*Soc. de méd. d'Anvers, in Le Scalpel*, n° 6, 7 août 1887).
- Möbius (P. J.).** — Nature de la maladie de Basedow (*Centralbl. f. Nervenneurol.*, n° 8, 1887).
- Mühe.** — Un cas de fistule congénitale du cou (*Munch. med. Woch.*, n° 31, 2 août 1887).
- Mygind (H.).** — Nouvelle méthode pour inhaler le nitrate d'argent (*The Journ. of Laryng.*, n° 9, septembre 1887).
- Ochel.** — Statistique de cas de strume et de cachexie strumiprive (*Thèse de Berlin*, 1887).

- Packhard (J.).** — Rétrécissement de l'œsophage au début (*Philad. med. Times*, p. 727, 6 août 1887).
- Paget.** — De la parotidite secondaire, consécutive aux blessures ou aux affections des organes péviens (*Wien. med. Blatter*, 22-23, 1887).
- Perry.** — Enclavement d'un os dans l'œsophage (*Glasgow med. Journ.*, avril 1887).
- Peterson (F.).** — Maladie de Basedow (*The med. Rec.*, 20 août 1887).
- Pager.** — De la parotidite catarrhale épidémique (*Wien. med. bl.*, n° 40, p. 302, 1887).
- Rabl.** — De la contagion congénitale tardive (*Anzeiger*, 21 fév. 1887).
- Ricci.** — Contribution à l'étude de la coqueluche (*Typogr. démocratique*, Forti, 1887).
- Sanquirico et Onechia.** — Conséquences de l'extirpation de la thyroïde chez l'agneau (*Bollet. delle sc. med.*, 1887).
- Sainte-Marie.** — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow (*Thèse, Paris*, 1887).
- Schadewaldt.** — Localisation des sensations dans les organes du cou (*Deuts. med. Woch.*, n° 32, 11 août 1887).
- Silvestrini.** — Gangrène pulmonaire consécutive à un épithélioma de l'œsophage (*Bollet. delle clin.*, n° 8, 13 août 1887).
- Somma.** — Derniers progrès de la thérapeutique dans la coqueluche (*Progresso med.*, an. I, n° 2 et suiv., Naples, 1887).
- Sota y Lastra (R.).** — Un os enclavé à l'union du tiers supérieur et moyen de l'œsophage. Œsophagotomie externe, guérison (*Revue mens. de laryng.*, n° 9, septembre 1887).

NOUVELLES

La reine Victoria vient de conférer le titre de chevalier à M. le Dr Morell-Mackenzie, par reconnaissance pour les soins qu'il a donnés au Kronprinz.

Congrès international de Washington

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

La section s'est réunie le lundi 5 septembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. DALY, de Pittsburg (1) :

MM. LENNOX-ROWNE, PROSPER JAMES, Mc NEIL WHISTLER, de Londres ; J. BARATOUX, BOUCHUT, CHARAZAC et MOURA, de France; DEHIO, de Dorpat (Russie); DUNCANSON, d'Écosse; DESVERNINE, de la Havane; GRUBER et SCHNITZLER, de Vienne; HARTMANN, de Baltimore; ROSENBRACH, de Breslau; SHURLY, de Détroit; WOOLEN, d'Indianapolis; LABORDE, de Séville et ROÉ, de Rochester, ont été nommés vice-présidents.

MM. DONNIS et TOOLE, de San-Francisco; BLAICKIE, d'Edimbourg; BENHAM, de Pittsburg; CASSELBERRY, L. CURTIS, J. INGALS et A. J. CORY, de Chicago; H. CURTIS, de New-York; R. ELLIS, de Newcastle on Tyne; H.-E. HAYD, de Buffalo; Th. HERING, de Varsovie; MACKERN, de Buenos-Ayres et PEARSON, de Baltimore, ont été nommés membres du Conseil.

Ont été élus secrétaires : Pour l'Amérique : MM. PORTER et RANKIN; pour l'Allemagne : O. CHIARI, de Vienne; pour la France : E. J. MOURE, de Bordeaux.

(1) Nous avons, du reste, commencé la publication du compte rendu des séances. (Voir p. 564).

HOPITAL SAINT-ANDRÉ. — CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR DEMONS

ADÉNOME DU VOILE DU PALAIS

Observation recueillie par M. NATIER, interne des Hôpitaux.

Les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais en général, et les tumeurs bénignes en particulier, sont assez peu fréquentes pour qu'il nous ait paru intéressant de publier l'observation qui va suivre.

Qu'il nous soit de suite permis de remercier M. Demons pour l'honneur qu'il nous a fait en nous autorisant à cette publication. Nous commencerons par la relation de ce cas et nous la ferons suivre des quelques réflexions qu'elle nous inspire.

M^{me} A..., quarante-quatre ans, sans profession à L...-M... (Dordogne) entre dans le service (dames payantes) de M. le professeur Demons, le 11 octobre 1887.

Cette dame est absolument indemne de tout antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Il y a huit à neuf ans environ, une de ses amies lui fit remarquer qu'elle portait sur le voile du palais quelque chose d'anormal. Elle avait bien elle-même constaté qu'il existait en effet, du côté droit, une petite saillie, mais elle ne s'en était pas autrement préoccupée, prétendant qu'il en était ainsi chez tout le monde. Ce fut, du reste, le pur hasard, un mal de gorge, qui lui fit découvrir la tumeur dont elle était porteur.

A cette époque, le néoplasme avait à peu près la grosseur d'un œuf de pigeon et paraissait plus rapproché de la ligne médiane que de l'arcade dentaire. Les indications de la malade, pour aussi précises qu'on veuille bien les accepter, semblent indiquer déjà que la tumeur aurait pris naissance du côté droit, au niveau du point de jonction de la portion membraneuse avec la portion osseuse du palais, et pour plus d'exactitude, dans l'angle droit postérieur formé par le raphé médian et la ligne transversale correspondant à l'union du

voile avec la voûte palatine. Il n'existait alors de troubles ni du côté de la respiration, ni du côté de la voix dont l'articulation était très nette. Pas d'épistaxis, pas de troubles de la déglutition; la nuit, la malade dormait, la bouche complètement fermée.

L'état local et général (toujours au dire de la malade) est demeuré stationnaire jusqu'à il y a quatre ans. A ce moment, elle s'aperçoit que la voix devient nasonnée; elle prononce néanmoins toujours très nettement chaque mot et chaque syllabe. Elle éprouve au cou une sensation d'engorgement. La respiration nasale demeure toujours libre. Couchée, elle est obligée de se tenir sur le côté droit (côté de la tumeur) car lorsqu'elle est inclinée du côté gauche, celle-ci semble se déplacer et provoque de l'étouffement, lui interdisant de rester dans cette position. Elle commence à dormir la bouche ouverte.

Les troubles fonctionnels étaient si peu importants, que la malade a attendu cinq ans avant de demander les secours de l'art. Les médecins qui la virent alors portèrent le diagnostic de *tumeur bénigne*. L'un d'entre eux (le Dr Lagasse), fut autorisé à pratiquer une ponction exploratrice. Celle-ci donna lieu à l'écoulement de *deux ou trois cuillerées* d'un sang très noir et très épais. Il ne survint à la suite aucune modification ni dans la tumeur proprement dite, ni dans ses symptômes.

Cependant cette dame a remarqué que la grosseur avait dès lors pris un accroissement plus rapide.

Elle vint, l'année dernière, consulter M. Demons qui lui conseilla une extirpation; mais indécise, elle préféra remettre à un autre moment l'opération.

ETAT ACTUEL. — M^{me} A..., d'une haute stature, l'air distingué, présente un état général très satisfaisant. Pas la moindre trace de cachexie, facies normal à peine légèrement anémié. La menstruation a toujours été régulière et persiste encore; depuis trois mois, légère diminution de l'appétit, un peu d'amaigrissement. La malade s'exprime clairement, mais elle nasonne quelque peu en parlant.

A l'examen direct, dès qu'on prie cette dame de tenir la

bouche ouverte, on aperçoit immédiatement, faisant saillie sur la face inférieure du voile du palais et du côté droit, une tumeur d'aspect lisse bosselée, unie, allongée d'avant en arrière et de haut en bas. La muqueuse qui la recouvre est très vasculaire et *parfaitement saine*.

Elle a à peu près le volume et la forme (ovalaire) d'un œuf de poule, à grosse extrémité postérieure, à petite extrémité antérieure. En dehors, elle suit assez bien la courbure de l'arcade dentaire et vient se terminer en avant au niveau de la première canine. En dedans, elle dépasse légèrement la ligne médiane. Si l'on procède ensuite à l'examen de la tumeur avec le doigt, on reconnaît qu'elle s'étend en arrière jusqu'à la partie postérieure du voile qu'elle soulève et qu'elle cache complètement la luette.

On remarque en outre, qu'elle semble adhérer au voile du palais par un large pédicule, mais elle a plutôt l'aspect d'une tumeur sessile que d'une tumeur pédiculée. Il est aussi facile de se convaincre en déprimant avec le doigt la partie interne, que si elle dépasse le raphé médian, elle ne fait nullement corps avec lui et que le néoplasme ayant pris naissance en dehors de ce raphé en a parfaitement respecté les limites. Quand on le saisit dans le sens antéro-postérieur, il demeure complètement immobile, il est par contre possible de lui imprimer de légers mouvements de latéralité. Au toucher, il paraît légèrement lobulé, offre une consistance dure, sans la moindre trace de fluctuation. A la surface, on remarque, sur la partie inférieure, une cicatrice étoilée, blanchâtre, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, et correspondant au point où avait porté la ponction antérieure.

Au point de vue des troubles fonctionnels, il n'y a absolument rien à signaler du côté de l'oreille et de l'œil droits. A part des céphalées très vives dont a eu à se plaindre la malade depuis un mois environ, et le nasonnement dont nous avons déjà parlé, on peut dire que l'état général ne laisse absolument rien à désirer.

Il n'existe pas la moindre trace d'engorgement ganglionnaire. On porte le diagnostic d'adénome du voile du palais.

Opération le 15 octobre 1887. — La malade est placée sur une chaise. La langue ayant été déprimée, M. le professeur Demons commence l'opération sous le spray phéniqué, et sans chloroformisation préalable. Il incise d'un seul coup et sur la ligne médiane la muqueuse et en partie la tumeur sous-jacente dans toute sa longueur. Puis, saisissant avec une pince longue cette tumeur, il la décolle avec l'index et procède en un seul temps à son énucléation. Il s'écoule une petite quantité de sang que l'on peut évaluer à quatre ou cinq cuillerées environ. On pratique une première hémostase à l'aide de tampons d'ouate salycilée, trempés dans une solution phéniquée.

La tumeur enlevée, on voit alors deux lambeaux noirâtres et d'égale dimension flottant de chaque côté et qui ne sont autre chose que la muqueuse dont elle était recouverte. Il est maintenant facile d'en constater le siège exact : elle était située du côté droit au niveau du point précis que nous avons indiqué plus haut. Elle avait pris naissance sur le voile du palais, et de là, dans son développement, s'était étendue un peu dans tous les sens, mais surtout en avant du côté du palais osseux, où elle envoyait un prolongement pouvant être évalué aux deux tiers environ de sa grosseur totale. De même, elle avait dépassé la ligne médiane. Elle paraissait en arrière faire corps avec l'amygdale droite, elle en occupait tout simplement la place, car les glandes amygdaliennes ont complètement disparu des deux côtés.

L'hémostase définitive a été assez longue à obtenir car il persistait constamment un écoulement en nappe dont on a cependant pu se rendre maître en promenant le thermocautère sur les surfaces saignantes. Pendant ce temps, on fait à plusieurs reprises rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée. Enfin, au bout d'une demi-heure, cinq points de suture au catgut sont appliqués sur les lèvres de la plaie et la malade peut, après quarante minutes, regagner elle-même sa chambre, l'opération étant complètement terminée.

Suites opératoires. — Les suites de l'opération ont été très simples. Il n'y a guère à signaler qu'un suintement de sang qui

a persisté tout l'après-midi du premier jour et qui s'est arrêté de lui-même le soir pour ne plus reparaitre. Le thermomètre ne s'est pas élevé au-dessus de $38^{\circ} 4$. Le lendemain, on a dû ponctionner pour évacuer le sang qui s'était collecté sous la muqueuse. Les points de suture ont été enlevés le troisième jour. Comme complications, vives douleurs du côté de l'oreille droite qui ont persisté toute une après-midi et toute une nuit et qui ont alors tout à fait cessé.

Le 24 octobre, il ne restait qu'une petite saillie de la grosseur d'une noisette et qui était manifestement en voie de résolution. La malade avait commencé à sortir en ville depuis deux jours; l'appétit était revenu, et elle avait demandé son exeat pour retourner chez elle. Les règles sont revenues dans la matinée du 24. La malade a constamment usé de gargarismes à l'a. thymique au 1/000°.

Caractères macroscopiques de la tumeur. — Elle est oblongue et mesure environ 6 centimètres, dans son plus grand diamètre; le diamètre transversal à 4 ou $4 \frac{1}{2}$ centimètres. On a négligé de la peser à l'état frais, mais après huit jours d'immersion dans l'alcool P = 50 grammes. Incisée dans le sens de son plus grand diamètre, elle revêt un aspect blanchâtre, comme lardacé. Elle est divisée en petit lobules très considérables. Elle est dure et ne présente pas la moindre trace de cavité hystique.

Examen histologique de la tumeur, par M. DENUCÉ, agrégé à la Faculté.

Des fragments de la tumeur pris à la superficie ont été fixés par l'alcool, puis divisés par les procédés habituels (acide picrique, gomme et alcool). D'autres ont été traités par le mélange chromo-aceto-osmique de Flemming et l'alcool absolu.

Les coupes faites sur les fragments de la première catégorie et soumises à divers procédés de colorations, picrocarmin, carmin-ammoniacal et liqueur iodo-iodurée, hématoxyline, hématoxyline et lavage à l'alcool absolu picriqué,

éosine hématoxylique de Renaut ont donné les résultats suivants :

A un faible grossissement (oc. 1 obj. 2 Véric) la partie de la coupe correspondant à la surface de la tumeur paraît irrégulière, creusée de cryptes peu profondes et étroites, hérissée de prolongements. Ces prolongements sont formés de cellules épithéliales amassées, disposées avec ordre et en continuité avec l'épithélium de la muqueuse qui revêt toute la tumeur et se déprime simplement pour former les cryptes. Cet épithélium est cylindrique à plusieurs couches. Au dessous de l'épithélium, se trouve un chorion cellulaire assez lâche contenant d'assez nombreux vaisseaux, dépourvu de cul-de-sac glandulaires, et interrompu par places par le tissu propre de la tumeur qui vient affleurer le revêtement épithélial.

Le tissu est constitué par des lobules ou amas irréguliers dans leurs dimensions et leurs formes plus ou moins arrondis, présentant des ramifications qui les mettent en connexion les uns avec les autres. Ils sont formés par des éléments cellulaires arrondis, se teignant fortement par le carmin ; dans leur épaisseur même, on peut voir des traînées plus ou moins considérables de tissu cellulaire, d'où part évidemment un reticulum fin enserrant dans ses mailles les éléments cellulaires. Les autres sont séparés par des traînées de tissu conjonctif. Entre les amas, et plus rarement dans leur épaisseur, on voit des vaisseaux assez nombreux et présentant des parois remarquablement épaisses.

Avec un plus fort grossissement (obj. 4, 6, 7) les détails de la structure se montrent avec netteté. On voit l'épithélium formé de plusieurs couches. La plus profonde est constituée par une rangée de cellules cylindro-coniques, implantées par leur pointe et présentant un noyau volumineux, plus rapproché du point d'implantation. Les couches sus-jacentes sont formées de cellules cubiques, s'applatissant à mesure qu'elles approchent de la superficie, et s'amassant pour former les prolongements. Au niveau de ces prolongements, la couche profonde de l'épithélium est légèrement soulevée, mais lo

presque constamment au point où siègeait la tumeur, c'est-à-chorion n'envoie pas de prolongement dans les saillies dont nous avons parlé.

Plus les cellules s'aplatissent, et moins leur noyau est teint par le carmin, mais il est apparent.

Pour mettre en vue le caractère de la tumeur, j'ai eu recours à une technique que j'ai indiquée déjà à la Société d'Anatomie de Bordeaux, en juillet 1887, je veux parler de la coloration par une solution concentrée d'acide picrique, additionnée d'une solution alcoolique de bleu d'aniline, jusqu'à coloration vert foncé du mélange. Dans les coupes traitées, par ce réactif, les éléments cellulaires sont colorés en vert, tandis que le reticulum adénoïde ressort en bleu clair. J'ai aussi eu recours au pinceautage des pièces traitées par l'alcool au 1/3.

Partout le reticulum a montré les caractères d'un réseau de fibrilles homogènes, fines, formant des mailles dont la plupart des points de croisement, points nodaux, sont fertiles, c'est-à-dire présentent un noyau. Ces fibrilles réticulaires partent, soit de traînées plus denses que l'on rencontre dans l'épaisseur des amas cellulaires, soit des parois mêmes des vaisseaux. A la périphérie, elles se perdent dans le tissu interlobulaire, trop dense pour qu'on puisse lui reconnaître un caractère adénoïde.

Les cellules qui remplissent ces mailles sont arrondies, de dimensions à peu près égales. Leur noyau rond, fortement teint par le carmin ou l'hématoxyline est entouré d'une couche mince de protoplasma.

Les vaisseaux capillaires ont des parois considérables dues à l'épaisseur de la couche musculaire et surtout de l'adventice qui sert de point d'appui au reticulum, et paraît colorée en bleu comme celui-ci dans les pièces traitées au bleu d'aniline.

Nulle part je n'ai vu de follicules proprement dits.

En résumé, la tumeur est formée par un tissu adénoïde diffus, offrant ses caractères normaux, et tel qu'il entre en partie dans la constitution des amygdales, et surtout de l'amygdale pharyngienne de Luschka, tel qu'on le rencontre

dire à l'union du voile et de la voûte, de chaque côté de la ligne médiane. La tumeur ressemble donc absolument aux végétations dites adénoïdes, et sa forme même permet de lui appliquer le titre de tumeur adénoïde plus récemment proposé. Et je compléterai tout à fait ma pensée en disant que cette tumeur m'a présenté une grande analogie de structure avec celles désignées sous le nom de lymphadénomes. Néanmoins, en tenant compte du lieu d'apparition et d'après ce que nous ont appris les auteurs qui se sont spécialement occupés de la question, nous voudrions bien accepter le pronostic comme bénin, en nous réservant cependant de dire que nous ne serions pas surpris outre mesure si nous apprenions que la tumeur a récidivé.

Les détails de l'observation que nous venons de rapporter nous ont suggéré quelques réflexions que nous allons maintenant exposer.

Et d'abord, nous rappellerons qu'il faut arriver jusqu'à Boyer (1819) pour voir certaines tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais être distraites du cadre des tumeurs syphilitiques ou cancéreuses dans lequel on les faisait toutes entrer. Mais leur nature restait néanmoins inconnue. Nélaton, en 1847, extirpait à une religieuse d'Orbec, âgée de 26 ans, et qui lui avait été adressée par Récamier, une tumeur que d'abord on avait cru maligne.

L'examen histologique en fut pratiqué par Ch. Robin et il démontra la nature glandulaire du néoplasme. Dès lors, on se mit à considérer comme des hypertrophies glandulaires ou des adénomes vrais toutes les tumeurs bénignes. Cette croyance persista sans contestation jusqu'en 1874. A cette époque, Desprès présenta à la Société de chirurgie de Paris une tumeur du voile du palais qu'il désigna sous le nom d'adénome kystique. Mais elle fut reconnue par Coyne pour un sarcome glandulaire ayant débuté par un fibrome pour subir plus tard la transformation sarcomateuse. Ce qui devait fatalement arriver se

produisit, la réaction fut vive et l'existence des adénomes vrais fut, à partir de ce moment, à peu près complètement mise en doute.

En vain Python (th. Paris, 1875), grand partisan de la nature adénoïde des tumeurs du palais, essaie-t-il d'enrayer le mouvement et de montrer que le fait de Coyne doit plutôt être considéré comme une exception. Barrière, quelque temps après, prenant une à une ses observations, les soumet une à rigoureuse critique et, loin de se laisser convaincre par l'assurance de l'auteur, conteste l'authenticité des faits qu'il avance, sans preuves suffisantes du reste. Pour Barrière, les prétendus adénomes pourraient bien n'être que des adéno-sarcomes, sinon des tumeurs malignes d'un autre genre. En effet, sur quinze observations qu'il rapporte dans sa thèse, c'est à peine s'il en est trois ou quatre où la nature glandulaire du néoplasme soit manifestement démontrée. Le dernier travail d'ensemble paru sur ce sujet est dû à Mormiche, qui a pu réunir neuf observations d'adénomes de la région palatine. Les observations parues depuis sont fort rares car il ne nous a été possible de relever dans les divers recueils que nous avons pu consulter, que trois cas d'adénome palatin dont deux dus à Hutchinson, et un autre signalé par Tillaux.

Les causes de l'adénome palatin sont totalement inconnues, d'après les auteurs, et notre observation ne saurait apporter aucune lumière sur le sujet. Nous dirons pourtant qu'il apparaît d'ordinaire avant quarante ans, tandis qu'il est rare et même exceptionnel de voir le cancer débiter avant cet âge.

D'après les relevés statistiques il semblerait qu'on rencontrât l'adénome plus fréquemment dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Un fait qui nous a frappé c'est le lieu d'apparition de la tumeur qui se montre d'ordinaire à l'union du palais osseux et du palais membraneux, en un point sur lequel nous avons suffisamment insisté dans le cours de notre observation pour n'avoir

pas à y revenir maintenant. La raison, comme on devait s'y attendre, en serait purement anatomique et cela proviendrait de ce « qu'immédiatement au-dessous de la muqueuse est placée une couche glandulaire très épaisse surtout sur les côtés de la ligne médiane et au niveau de l'insertion du voile. » (Gayraud, *Dict. encycl. des Sc. méd.*, art. Voile du palais, t. XIX, p. 686.)

C'est à tort qu'on a dit que jamais ces tumeurs ne se rencontraient sur la face supérieure du voile; pour si exceptionnel qu'il puisse être, le cas de Tillaux vient en effet infirmer cette opinion trop absolue. Et cela s'explique du reste étant donné qu'on rencontre sur la face supérieure des glandules salivaires d'une nature identique à celle de la face inférieure du voile.

Nous ne dirons qu'un mot de la symptomatologie; les tumeurs à début lent et insinieux n'occasionnent que peu ou point de troubles, un simple nasonnement et un peu de gêne de la respiration pendant le sommeil chez notre malade. — L'évolution est si longue qu'elle passe inaperçue et que les personnes porteurs de ces tumeurs croient comme M^{me} A... que *tout le monde a le palais ainsi constitué*. Il faut en arriver aux troubles fonctionnels pour qu'une intervention opératoire soit réclamée.

Nous n'entrerons pas dans les détails du diagnostic, car s'il est quelquefois facile de différencier les unes des autres les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer exactement la nature de ces dernières. Nous dirons que cliniquement la chose est impossible et que seul l'examen histologique peut fixer complètement. « Heureusement le diagnostic purement anatomique n'est pas indispensable au praticien, auquel il suffit d'établir un diagnostic clinique, basé surtout sur la connaissance du plus ou moins de bénignité de la tumeur. » (Gayraud, *loc. cit.*, p. 737.)

Le pronostic est toujours bénin, et ces tumeurs n'ont aucune tendance à s'ulcérer, nous disent les auteurs. Il

n'en serait pas toujours de même d'après Hutchinson qui a rapporté à la *Patholog. Society of London* deux cas d'adénome du palais avec ulcération à leur centre et dénudation osseuse dans le premier cas et détritrus caséeux très fétides dans le second. A la même séance, M. Barker rappelle encore un cas d'adénome du palais enlevé par C. Heath où il existait aussi une ulcération avec détritrus caséeux fétides. On devra donc se rappeler qu'il est possible de rencontrer des adénomes du palais ulcérés.

Le traitement de ces tumeurs, on peut le dire hardiment, devra toujours être chirurgical, car seul il est de mise. Grynfeldt put bien, à la vérité, dans un cas, voir sous l'influence d'applications locales de teinture d'iode et l'usage d'un sirop concentré d'iodure de potassium à l'intérieur, disparaître en quelques mois une tumeur prise au début pour une epulis épithéliomateuse. Mais force lui fut de recourir plus tard aux moyens chirurgicaux, la tumeur momentanément enrayée dans sa marche ayant pris un développement considérable.

L'énucléation sera presque toujours très facile, aussi facile que dans notre cas particulier. Que si l'on avait à pratiquer l'opération chez une personne très pusillanime, ou chez un enfant, on pourrait user du procédé inventé par Rose et chloroformiser la tête pendante. Les avis sont partagés relativement à la suture de la plaie; en se dispensant de la faire, on éviterait à coup sûr l'épanchement de sang sous la muqueuse, et la guérison, en ayant soin de tenir la plaie constamment propre, n'en serait probablement guère retardée.

Index bibliographique.

Nélaton : Leçons sur une variété non décrite de tumeur du voile du palais (*Gaz. des Hôpit.*, p. 33, 1832). — Michon : Tumeur adénoïde siégeant au voile du palais et à la voûte palatine (*Bull. de la Soc. de Chir.*, t. II, p. 434, 1852). — Bauchet : Adénome palatin (*Monit. des hôpit.*, p. 4434, 1853). — Langier : Adénome du palais (*Monit. des hôpit.*, 10 mai 1856). — Robin et Rouyer : Tumeur adénoïde du voile du palais. Ablation après la mort du malade. Examen microsc. (*Monit. des hôpit.*, 1856, p. 441). — Rouyer : Mémoire sur les tumeurs de la région palatine,

constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires (*Monit. des hôpit.*, 1857). — Fano : Tumeur de la voûte palatine (*Th. agrég. Ch.*, 1857.) — Ansiaux : Tumeur adénoïde limitée à la région palatine, guérie par l'excision combinée à la cautérisation (*Presse méd.*, 1863). — Letenneur : Adénome de la voûte palatine et du voile du palais (*Journ. de Méd. de l'Ouest*, 1870). — Després : Adénome kystique du voile du palais (*Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 374, 1874). — Python : Des adénomes du voile du palais et de la voûte palatine (*Th. de Paris*, 1875). — Barrière : Essai sur les tumeurs palatines confondues sous le nom d'adénomes (*Th. Montpellier*, 1878). — Grynfeldt : Adénome de la voûte du palais (*in th. de Barrière* commun. manuscrite, 1878). — Mormiche : De l'adénome palatin (*Th. de Paris*, 1883). — Tillaux : Adénome de la face supérieure du voile du palais (*Gaz. Méd. de Paris*, 14-25 août 1883.) — Hutchinson : Deux cas d'adénome du palais (*Lancet*, 22 mai 1886, p. 973). M. N.

LA RÉGION SOUS-GLOTTIQUE DU LARYNX (1)

par le professeur MASSE.

Le larynx est un organe qui a été, certes, bien étudié par les anatomistes et les physiologistes, et je vais vous paraître bien osé en venant ici vous présenter quelques considérations, sur sa conformation qui paraît être aujourd'hui si connue.

Mes recherches ont porté sur une région spéciale du larynx relativement délaissée, la région sous-glottique, celle qui est comprise entre la corde vocale inférieure et le bord inférieur du cartilage cricoïde. Je signalerai les rapports de cette région avec la partie supérieure de la trachée et avec la glotte proprement dite et ses ventricules. Je dirai un mot en passant du vestibule de la glotte.

La méthode d'étude qui m'a paru la plus utile pour connaître la partie du tube aérien qui est destinée à l'émission de la voix, est celle des injections des cavités du larynx, à l'alliage d'Arcet. Connaître très exactement les variations de calibre des tuyaux sonores où se produisent et où se renforcent les sons, me paraît

(1) Communication faite au Congrès de Toulouse, section des sciences médicales, lundi 26 septembre 1887.

indispensable pour l'étude d'une question dans laquelle entrent, pour une bonne part, des problèmes de physique et de mécanique.

Ce qu'il y a de particulier dans l'instrument plus ou moins musical que nous possédons et dont nous nous servons plus ou moins bien, ce sont les variations de forme que nous pouvons lui imposer d'une façon instinctive. La forme des cavités résonnantes ou parlantes du larynx peut changer, et nous arrivons ainsi à moduler les sons, par un procédé analogue à celui qu'emploie un instrumentiste qui joue d'un instrument à vent et qui modifie par divers artifices les conditions physiques des tuyaux dans lesquels il cherche à produire des sons plus ou moins harmonieux. Toutes les régions du larynx peuvent subir ainsi des modifications de forme et de volume :

Le vestibule de la glotte par l'abaissement de l'épiglotte, les mouvements de bascule des cartilages arythénoïdes et la contraction des muscles arythénoïdiens.

La glotte, par le rapprochement ou l'éloignement des cordes vocales.

Les ventricules se laissent plus ou moins distendre par l'air. Enfin, la région sous-glottique elle-même n'échappe pas à des modifications de forme et de volume.

Limitée supérieurement par la glotte, cette région subit les conséquences de toutes les variations de forme de cet orifice.

A la limite inférieure de la région sous-glottique, il y a cependant un segment de la cavité sous-glottique du larynx dont le calibre est relativement fixe; cette région est comprise en partie dans l'anneau cricoïdien. Elle a une hauteur de 6 millimètres environ; elle est limitée par un plan passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde et par un deuxième plan passant par le bord supérieur et antérieur de ce même cartilage.

La partie postérieure de la région sous-glottique a une limite fixe formée par la partie postérieure du cartilage

cricoïde, mais, en avant, des changements de forme assez étendus sont possibles alternativement par distension au niveau de la membrane crico-thyroïdienne ou par bascule et rapprochement des cartilages cricoïde et thyroïde à ce même niveau.

La cavité sous-glottique du larynx a des changements de capacité et de forme dont il nous faut, je crois, tenir grand compte. La muqueuse de cette région est forcément dépendante de tous les mouvements qui s'exécutent au niveau de la glotte, et si les lèvres de la glotte interligamenteuse se rapprochent, si la glotte inter-arythénoïdienne s'efface, la muqueuse sous-glottique doit suivre en partie ces mouvements.

La cavité sous-glottique tendra à s'effacer de bas en haut, et de dehors en dedans. Elle s'aplatira transversalement, s'effilant de bas en haut pour former une espèce de figure dont la partie inférieure cylindrique irait en se rétrécissant transversalement pour arriver à se toucher par deux faces, en interceptant un orifice linéaire à direction antéro-postérieure.

Rien ne peut donner une meilleure idée de ce qui se passe là, que ce qui se produit dans un tube de caoutchouc que l'on presse entre deux doigts à une de ses extrémités pour en intercepter plus ou moins le calibre.

Cette cavité presque cylindrique, à certains moments, tend à devenir conique, le cône dont il s'agit ayant la base en bas et le sommet en haut. Les 3/4 supérieurs de la région sous-glottique affectent la forme d'un segment de cône dont la base serait au niveau du bord supérieur et antérieur du cartilage cricoïde et le sommet tronqué au bord des cordes vocales inférieures. Ce cône serait plus ou moins aplati transversalement vers son sommet suivant que les cordes vocales seraient plus ou moins rapprochées.

La muqueuse, qui a tapissé la face supérieure et les bords des cordes vocales inférieures, se dirige, très obliquement de haut en bas, vers les parois du larynx,

quand les cordes vocales sont rapprochées, sans présenter inférieurement aucun relief appréciable. Quand les cordes vocales sont largement écartées, la muqueuse de la région sous-glottique, après avoir recouvert le bord de ces cordes, rejoint les parois cartilagineuses du larynx circonscrivant une cavité presque cylindrique. Dans ce cas comme dans le précédent les cordes vocales inférieures ne forment inférieurement aucun relief appréciable du côté de la région sous-glottique.

Grâce à l'existence d'un tissu cellulaire assez lâche, la muqueuse de la région sous-glottique du larynx suit les mouvements de rapprochement, d'éloignement ou de tension des cordes vocales.

La cavité sous-glottique du larynx présente un volume variable qui est à noter si l'on considère cette région comme partie résonnante des voies aériennes. Les changements de capacité de cette cavité, ont encore une certaine importance pour régler le mode d'écoulement de l'air à travers les lèvres plus ou moins écartées de la glotte.

La plupart des physiologistes se sont surtout occupés des vibrations des cordes vocales inférieures. On a considéré ces cordes vocales comme des anches membraneuses plus ou moins minces au niveau de leurs bords, et susceptibles de vibrer comme le feraient deux membranes de caoutchouc tendues horizontalement sur un cylindre en bois ou en verre et plus ou moins rapprochées.

Mais les cordes vocales humaines représentent-elles bien ce mode d'agencement? Le tube porte-vent situé au-dessous des cordes vocales n'est pas cylindrique; les cordes vocales inférieures ne représentent pas une membrane mince. Ces cordes vocales et la muqueuse qui les recouvre ne s'accolent pas seulement par des bords, mais elles tendent à se rapprocher par des faces.

La muqueuse sous-glottique ne vibrerait-elle pas tout entière ainsi que l'affirmait Bataille? Ce laryngologiste attribuait le registre de poitrine à des vibrations d'en-

semble de la muqueuse sous-glottique; il y a là une question fort intéressante, au point de vue physiologique, et que je livre aux méditations des physiologistes et des spécialistes.

L'écoulement de l'air, vigoureusement poussé par la double soufflerie pulmonaire à travers le tube trachéal et le larynx, parcourt des parties successivement dilatées et rétrécies qui sont des cavités résonnantes qui peuvent donner certaines qualités aux sons laryngiens.

On peut se demander même si le porte-vent sous-glottique ne concourrait pas à l'émission et aux modulations des sons fondamentaux qui constituent la voix humaine.

La forme de la cavité sous-glottique du larynx au moment de l'émission de la voix n'est certainement pas sans influence sur les vibrations de l'air qui traverse cette partie du larynx pour arriver dans des cavités plus larges, dans les ventricules et dans le vestibule de la glotte.

La question, autrefois si discutée de la théorie des anches membraneuses, est-elle absolument un axiome indiscutable? Ne peut-on pas demander encore une révision des anciennes opinions émises par Dodart, Savard, Biot, Liscovius, Longet, Helmholtz et Mandl?

Les dimensions de l'orifice de la fente glottique ne sont-elles pas aussi importantes à noter que la longueur ou la tension des cordes vocales?

Faut-il appliquer à la voix humaine la théorie de tuyaux sonores, ou celle des instruments à anches membraneuses?

Y a-t-il place pour une opinion mixte? Ce sont là des problèmes posés, qui sont de nature à stimuler le zèle des physiologistes. Pour ma part, je suis porté à croire que la tension des cordes vocales se joint à l'intensité plus ou moins grande du courant d'air expiré dans la production du son fondamental du larynx et dans ses diverses modulations.

L'air est ici le corps sonore, c'est incontestable, mais

les vibrations de l'air sont-elles réglées par les vibrations des cordes vocales ou bien par les dimensions plus ou moins larges de l'orifice inter-glottique? Ce sont là des questions nouvelles à résoudre.

La trachée est aussi soumise à des changements de formes; elle peut être distendue par l'air, et c'est alors un tube alternativement renflé et rétréci, c'est ce que l'on voit sur des injections à l'alliage d'Arcet.

L'élévation du larynx tout entier en étirant le tube trachéal, modifie son calibre en mettant en jeu l'élasticité de cet organe. On a prétendu que la trachée s'accordait ainsi pour les sons qu'elle devait renforcer. La trachée est un organe presque cylindrique dans son ensemble, mais à la partie supérieure, au point de jonction de la trachée et du larynx, dans une hauteur d'environ deux centimètres, le tube aérien affecte la forme d'un cône dont la base correspond au troisième cœcæum de la trachée et le sommet tronqué au bord inférieur du cartilage cricoïde, à la partie inférieure de la région sous-glottique.

L'air qui s'échappe en vibrant à travers les cordes vocales inférieures passe dans une cavité plus large par ses prolongements latéraux, celle de la glotte proprement dite et des ventricules; il doit, pour pénétrer dans le vestibule de la glotte, ébranler les cordes vocales supérieures qui lui opposent un certain obstacle. Le vestibule de la glotte est relativement plus large, mais pour passer dans le pharynx, il y a encore un orifice à dimensions variables compris entre les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse inter-aryténoïdienne et l'épiglotte elle-même. L'air se dilate alors plus à l'aise dans le pharynx, d'où il passe par deux orifices à dimensions variables, limités par les piliers antérieurs et postérieurs du voile palais, d'une part dans l'arrière cavité des fosses nasales, les fosses nasales et les sinus; d'autre part, dans la cavité buccale. Il arrive enfin au dehors par des orifices encore à dimensions variables, l'ouverture des narines et la bouche.

Je n'ai pas à insister ici sur les variations de capacité des cavités pharyngiennes et buccales.

Les cavités du pharynx s'effacent plus ou moins par la contraction de leurs parois, elles s'agrandissent par l'élévation du larynx; la cavité buccale change de forme par les divers mouvements de la langue et les contraction des joues.

Toutes ces cavités ont leur capacité modifiée à certains moments de la phonation, de la respiration et de la déglutition, et elles sont séparées les unes des autres par des orifices qui peuvent modifier leur calibre et changer ainsi le mode d'écoulement de l'air qui les traverse. Nous n'avons, en aucune façon, l'intention de nous occuper de tous les problèmes complexes de physiologie qui sont afférents aux variations de capacité des cavités résonnantes des voies aériennes, dans lesquelles on trouve une application de l'ingénieuse théorie d'Helmoltz.

L'air vibrant et passant dans ces cavités alternativement retrécies et dilatées, on comprend l'importance d'une étude plus exacte des orifices qui règlent son mode d'écoulement.

J'ai hâte de revenir au sujet qui fait l'objet spécial de ma communication : *La cavité sous-glottique du larynx.*

Cette cavité, avons-nous dit, a un volume variable dans ses $\frac{3}{4}$ supérieurs par le rapprochement des cordes vocales inférieures et de la muqueuse sous-glottique; elle change aussi de capacité par les mouvements de bascule du cartilage cricoïde et du cartilage thyroïde. Quand le cartilage cricoïde s'éloigne en avant du cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne forme en avant une paroi assez étendue de la région sous-glottique du larynx. Cette paroi se laisse distendre par l'air comme on la voit se distendre dans des conditions analogues par l'injection à l'alliage d'Arcet. Par le rapprochement au contraire des cartilages cricoïde et thyroïde en avant, la membrane crico-thyroïdienne cesse de pouvoir se distendre dans cette direction, pour se prêter à une

augmentation de calibre de cette région de la cavité sous-glottique du larynx.

La muqueuse sous-glottique est doublée d'un tissu cellulaire lâche, qui se prête aux diverses variations de capacité de cette région des voies aériennes, et c'est ce qui nous permet de comprendre qu'elle puisse si facilement changer de forme.

Les injections à l'alliage d'Arcet dont j'ai l'honneur de vous montrer des spécimens, indiquent avec assez d'exactitude la forme de la région qui nous occupe ; on peut les faire, la glotte entièrement ouverte ou fermée, le cartilage cricoïde rapproché ou complètement éloigné, en avant du thyroïde, et il est facile sur deux larynx appartenant à des sujets de même âge, de se faire une idée exacte des variations de forme et de capacité de cette cavité dans les diverses positions des cordes vocales.

Si l'on remplit de mercure un segment de trachée et la cavité sous-glottique du larynx jusqu'au niveau des cordes vocales inférieures, on peut juger des variations de capacité de la région sous-glottique par les variations de niveau du mercure qui se produisent en rapprochant ou en éloignant les cordes vocales inférieures. On peut rendre ce phénomène plus évident en maintenant sur le mercure un petit flotteur gradué.

La cavité sous-glottique est conique par le rapprochement des cordes vocales, mais elle tend à prendre une forme presque cylindrique dans la dilatation complète de la glotte. C'est ce que démontrent nettement mes injections à l'alliage d'Arcet.

On se ferait une idée assez exacte de la cavité sous-glottique en la considérant comme formée dans son $1/4$ inférieur par un segment de cylindre surmonté dans ses $3/4$ supérieurs d'un segment de cône qui peut se transformer, dans certaines circonstances, en une cavité presque cylindrique de même base et de même hauteur. La partie supérieure de la région sous-glottique, celle qui est surtout à capacité variable, a pour base une circonférence

de 18 à 20 millimètres de diamètre et une hauteur de 22 à 24 millimètres.

Pour nous faire une idée exacte de cette région, nous aurions à calculer tantôt la capacité d'un cylindre de 18 à 20 millimètres de diamètre à sa base et d'une hauteur de 22 à 24 millimètres, tantôt la capacité d'un segment de cône de même base et de même hauteur. Dans la région à capacité invariable située à la partie inférieure de la région sous-glottique, il y a un segment de cylindre de 20 à 22 millimètres de base et de 6 millimètres environ de hauteur.

Au point de vue chirurgical et pathologique, la région sous-glottique du larynx est des plus importantes.

L'épaississement, le gonflement par de l'inflammation et de l'œdème de la muqueuse de cette région, l'oblitération de son calibre par des produits pseudo-membraneux ou par des tumeurs, peut avoir des conséquences des plus graves sur la phonation et la respiration.

Le chirurgien a grand intérêt à être très exactement fixé sur les dimensions et la forme de cette région, au niveau de laquelle il doit quelquefois opérer. Le volume des canules doit être calculé aussi exactement que possible sur les dimensions des voies aériennes en ce point; le calibre de la région sous-glottique du larynx se distingue très nettement du calibre de la trachée proprement dite. Les moulages du larynx nous fournissent ici des renseignements des plus utiles.

L'examen attentif des moulages du larynx éclairera le chirurgien qui serait désireux de mettre en pratique une opération française, abandonnée avec dédain et qui nous revient aujourd'hui d'Amérique, *le tubage de la glotte*.

Le moule du larynx nous sera d'un grand secours pour nous montrer la direction à prendre pour pénétrer facilement dans la cavité de cet organe. Le tubage du larynx, vous le savez tous, Messieurs, est une opération que nous devons à notre compatriote *Bouchut*.

Ce qui est arrivé pour cette opération me rappelle ce

qui est arrivé à d'autres méthodes opératoires bien françaises aussi, à leur origine, mais dédaignées à leur début et qui nous sont revenues de l'étranger, avec le prestige d'un certain cachet exotique : le raccourcissement des ligaments ronds, par exemple, *l'opération d'Alquier*, qui est devenue *l'opération d'Alexander-Adam*.

Deux Américains se disputent entre eux la primeur d'une opération dont nous devons faire remonter tout le mérite à un Français, un de mes anciens maîtres de la Faculté de Montpellier, le professeur Alquier.

L'opération de *Létievant* est devenue l'opération d'*Estlander* et ainsi de suite. Sans être trop chauvin, il est bon de ne pas laisser empiéter sur nos droits par l'étranger, qui n'est que trop porté, du reste, à se laisser aller dans cette voie, où ne l'arrête pas sa délicatesse.

Nous sommes trop portés, pour faire preuve d'érudition, à citer les auteurs étrangers et à oublier par *modestie* et quelquefois par *jalousie*, il ne faut pas craindre de le dire, nos compatriotes, nos collègues eux-mêmes.

La petite étude que je viens d'ébaucher est loin d'être complète, mais mon but sera atteint, si j'ai appelé votre attention sur une région un peu délaissée du larynx, peut-être, parce qu'elle n'est pas entièrement visible au laryngoscope ; si je vous ai montré les ressources que l'on peut tirer des injections à l'alliage d'Arcet, pour apprécier les différentes formes de cette région, dans les différentes positions des cordes vocales inférieures ; enfin, si je vous ai montré au point de vue anatomique, physiologique, pathologique et chirurgical, l'utilité de mes recherches.

Nul doute qu'il n'y ait encore à faire soit pour d'autres, soit pour moi-même, en approfondissant ce sujet. J'ai cru, cependant, bien que mes études sur cette région du larynx soient encore bien incomplètes, qu'il pouvait être intéressant de soumettre mes recherches à votre discussion et à vos avis éclairés.

Le Dr BENHAM, de Pittsburg, estime que l'érysipèle du larynx est plus fréquent qu'on ne le croit. Il n'en a jamais vu de primitif. Les scarifications soulagent le malade.

Le président (Dr DALY) pense que les sinapismes peuvent être utiles au début. Il croit que le tubage peut favoriser la gangrène.

Le Dr SEMELEDER, de Mexico, a envoyé un article dont il est donné lecture et intitulé : **Vingt ans de pratique laryngologique à Mexico.**

Il traite de la difficulté de se procurer à Mexico les livres et les instruments au début de sa carrière, alors que la laryngologie était inconnue. Il donne une liste des maladies dominantes et des opérations qu'il a eu l'occasion de faire.

État actuel de la galvano-caustie dans le traitement des affections des voies aériennes supérieures avec présentation d'instrument et description de différents cas.

Tel est le titre de la communication du Dr EATON, de Portland. C'est une apologie du galvano-cautère. Il ne détermine pas de douleurs si l'on a soin de faire des applications de cocaïne. On n'a jamais d'hémorrhagies; on peut enlever de petites exostoses et des masses cartilagineuses, à moins qu'elles ne soient trop volumineuses.

Les hypertrophies doivent se traiter par la ponction et l'incision au cautère, qu'il fait pénétrer en tous sens dans l'intérieur du tissu, ne pratiquant toutefois qu'une ouverture externe.

Il se sert aussi de rigoléine, d'après la méthode de Jarvis.

Le Dr THOMAS, qui partage l'opinion du Dr Eaton au sujet du galvano-cautère, préfère l'anse froide pour les hypertrophies.

Jeudi 8 septembre. — Quatrième journée.

Le Dr CASSELBERRY, de Chicago, lit un travail sur les **polypes fibreux des fosses nasales.**

Il comprend sous cette dénomination toutes les tumeurs des

fosses nasales purement fibreuses ou dans lesquelles le tissu fibreux prédomine; il en exclut les polypes fibro-muqueux et les fibro-sarcomes. Les polypes fibreux, primitivement développés dans les fosses nasales sont rares; sur 265 cas de tumeurs nasales rapportés par Hopman et Schmiegelow, il n'en est pas mentionné, et Mackenzie n'en a observé qu'un seul exemple dans sa pratique.

Les fibromes peuvent naître de tous les points des fosses nasales, cornets, cloison, plancher, mais leur siège de prédilection est la voûte du nez, en particulier à la partie postérieure. Une irritation locale, un traumatisme ou la rhinite chronique hypertrophique peuvent aider à leur développement. Le sexe et l'âge sont sans influence. La durée est d'environ deux ans. Les premiers symptômes de nature catarrhale sont suivis d'obstruction et de distension des cavités nasales. La tumeur en se développant peut amener cette déformation particulière qui donne à la face l'aspect d'une face de grenouille. Le microscope et le seul moyen de diagnostic certain.

Les polypes fibreux des fosses nasales ont une tendance à dégénérer en sarcome et à récidiver après l'ablation. L'extirpation complète et la destruction du point d'insertion par des cautérisations répétées de l'os, permettent seules de porter un diagnostic favorable. L'auteur donne l'histoire détaillée du cas observé par lui, et un tableau des cas publiés jusqu'à ce jour avec le nom de l'opérateur, la date, l'âge, etc., le traitement et les résultats obtenus.

Son malade à lui a été opéré au couteau et au serre-nœud galvanique. Il s'est servi de fil à piano qui lui paraît préférable au fil de platine. Il a fait usage avec succès, pour prévenir la douleur, d'une solution de cocaïne à 20 0/0.

Le Dr JOHN O. ROÉ, de Rochester, lit une note sur la **Chorée du larynx**.

Elle s'accompagne ordinairement de chorée générale. L'auteur en rapporte une observation :

M^{lle} S..., âgée de dix-sept ans, délicate et nerveuse, vit se

développer chez elle, à la suite d'une angine, une toux spasmodique particulière et incoercible.

La toux était rauque, et se produisait par accès espacés de une à trois minutes et pendant lesquels elle toussait rapidement dix à quinze fois. La toux était aboyante et était un sujet d'amusement pour les voisins qui l'avaient surnommée la fille qui aboie, « *barking girl* ». La toux cessait pendant le sommeil. L'électricité ne produisit aucun résultat. Les injections hypodermiques de morphine et d'atropine soulagèrent momentanément la malade. La toux cessa subitement après sept mois.

Un autre cas est celui d'une forte fillette de treize ans. La toux se produisit dans les mêmes conditions que dans le cas précédent, mais dans les intervalles des accès qui duraient une ou deux minutes il n'existait pas d'état nerveux chez la malade.

L'auteur rapporte encore l'histoire d'une jeune femme de seize ans, de santé délicate, chez laquelle la toux aboyante se continuait pendant les repas et pendant le sommeil sans cependant l'éveiller. Les pulvérisations de cocaïne aggravèrent son état. Le larynx était légèrement congestionné. Avant les accès il existait des secousses particulières des cordes vocales qui se rapprochaient subitement pour s'écarter ensuite. Un traitement général doit accompagner les applications locales. On donnera de l'arsenic, du valérianate de zinc, le fer, le valérianate d'atropine, l'acide hydrocyanique, la morphine, etc.

Le Dr THORNÉ, de Cincinnati, mentionne plusieurs cas de chorée laryngienne survenue pendant la grossesse, vers le second ou troisième mois, et qui cessèrent après la délivrance. Dans un cas il se produisit un spasme de la glotte si alarmant qu'il fut sur le point de pratiquer la trachéotomie.

Le Dr LENNOX-BROWNE, de Londres, a vu un cas de chorée du larynx pendant la grossesse et qui disparut après l'accouchement.

Dans un travail sur les **Effets pernicieux du tabac**

sur le nez et la gorge, le Dr COOMER, de Louisville, considère que fumer est plus mauvais encore que chiquer. La cigarette est, selon lui, particulièrement nuisible parce que ceux qui la fument ont l'habitude d'avaler la fumée qui détermine des pharyngites, des laryngites et une irritation chronique des fosses nasales, sans parler des désordres qui peuvent survenir dans la trachée et les poumons.

Le Dr MAX J. STERN, de Philadelphie, lit un article intitulé : **Tubage ou trachéotomie** et fait l'historique de la trachéotomie. Quelques-unes des plus récentes statistiques montrent que l'on obtient jusqu'à 30 0/0 de guérisons.

Aux États-Unis les résultats ne sont pas aussi encourageants ; cela tient probablement à la difficulté que l'on a à décider les parents à consentir à une opération dès le début.

L'auteur fait aussi l'histoire du tubage du larynx fait avec les tubes perfectionnés de O'Dwyer. Il cite des statistiques qui montrent que les guérisons obtenues sont 26 2/5 0/0 pour le tubage, et pour la trachéotomie également 26 2/5 0/0.

Des statistiques qui suivent il paraît résulter qu'au-dessous de cinq ans le tubage est préférable.

AGE	TUBAGE pour cent.	TRACHÉOTOMIE pour cent.
Moins de 2 ans.....	15	3
Entre 2 et 2 1/2.....	24	12
— 2 1/2 et 3 1/2.....	28 7/10	47
— 3 1/2 et 4 1/2.....	33 7/10	30
— 4 1/2 et 5 1/2.....	23 3/10	35
Au-dessus de 5 1/2.....	37 3/10	39 1/2

Quelques-uns des avantages du tubage c'est que les parents l'acceptent plus facilement ; pour le pratiquer on n'a pas besoin d'aides.

La trachéotomie est très difficile chez les enfants très jeunes. Si l'enfant a moins de trois ans et demi, on doit faire le tubage, de trois ans et demi à cinq ans, on peut indifféremment pratiquer l'un ou l'autre ; au-dessus de cinq ans on doit faire la trachéotomie. En terminant, l'auteur est heureux de

payer un tribut d'éloges à la persévérance et à l'énergie du D^r O'Dwyer.

Jeudi 9 septembre. — Cinquième jour. — Séance du matin.

En l'absence de leurs auteurs, on lit simplement le titre de plusieurs communications. Le seul travail soumis à la discussion est du D^r CARMALT JONES de Londres, sur l'**Action de l'épiglotte dans la déglutition.**

On admettait autrefois et la plupart admettent encore aujourd'hui que l'épiglotte joue un rôle d'un opercule attaché à la base de la langue et qui par un simple mouvement de haut en bas recouvre le larynx et dirige les aliments vers l'œsophage. L'auteur ne croit pas que son rôle soit aussi simple que cela.

Il paraît résulter de ses expériences que sous l'influence d'une irritation l'épiglotte se replie sur les côtés, de manière à saisir la partie supérieure du larynx. Quand cette contraction se produit, on doit attendre qu'elle ait cessé pour introduire un pinceau dans le larynx, sinon il est repoussé vers l'œsophage. Il pense que le mouvement en arrière de la langue dans la déglutition est en grande partie théorique. On peut très bien avaler avec la langue serrée entre les dents ou solidement tenue entre les doigts. Ce sont surtout les muscles pharyngiens qui agissent pendant la déglutition. Le larynx se porte vers la base de la langue et les muscles constricteurs servent à son occlusion. L'épiglotte se moule sur la partie supérieure du larynx au lieu d'agir comme un simple opercule.

Le D^r O'DWYER, de New-York, en essayant de soulever l'épiglotte pour l'introduction du tube l'a trouvée souvent si solidement repliée sur le larynx qu'il lui fallait déployer une certaine force pour passer le doigt au-dessous de son bord postérieur.

Le D^r WILLIAM PORTER croit que l'épiglotte est un organe accessoire dans la déglutition.

Le D^r SLOVER ALLEN, de New-York, présente à la section

un nouveau serre-nœud et écraseur. Il montre les avantages de son instrument.

Séance du soir.

Le D^r C.-M. DESVERNINE-HAVAN, de Cuba, lit une très intéressante communication sur **la Tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses lésions.**

Ce travail est le résultat d'une longue série d'expériences et de dissections, montrant l'action séparée de chaque muscle et celle de chaque groupe musculaire. Les expériences ont été faites à la fois sur le cadavre et sur le vivant.

Traitement de sténose chronique du larynx et de la trachée.

Le D^r J. O'DWYER, de New-York, donne un court exposé de ses plus récentes expériences et passe en revue les différents tubes dont il a fait usage en montrant les améliorations graduelles qu'il a apportées. Il montre des larynx d'enfant à différents âges. Deux spécimens montrent un larynx sain et un larynx diphthéritique et l'on peut voir par des sections faites en différents points que la diminution du calibre est produite non seulement par la fausse membrane, mais encore par un gonflement sous-muqueux considérable.

On lui a objecté que le calibre des tubes pour les enfants était trop petit ; il lui est facile de démontrer que relativement à la trachée ses tubes pour enfants sont plus volumineux que ceux des adultes. Il présente une collection complète de tubes et indique comment on doit les mettre en place et les enlever.

L'auteur rapporte une série de cas de sténose sous-glottique, dans lesquels il a obtenu des succès alors qu'on n'avait rien fait avec la trachéotomie. Dans un premier cas, il fut, au début, obligé de se servir du plus petit tube pour enfant. Il augmenta graduellement et, en dix-huit jours, il avait un espace suffisant pour permettre au malade de respirer librement.

Il a traité un cas dans lequel des ulcérations syphilitiques avaient produit de l'adhérence des cordes vocales et l'occlu-

sion complète de la glotte. La trachéotomie avait été faite. O'Dwyer força le passage avec des pinces et le doigt et se servit ensuite du tube. Finalement il fut obligé d'enlever une portion des cordes. Ce malade guérit.

Les D^{rs} BROWNE, PORTER, STOCKTON, prennent part à la discussion qui suit cette communication.

Nous rattachons, pour les lecteurs de la *Revue*, l'extrait suivant qui est le compte rendu des travaux concernant le larynx, lu à la section des maladies des enfants, du mardi 6 septembre.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

Mardi 6 septembre.

Le D^r William P. NORTHRUP, de New-York, lit un article intitulé : **L'Anatomie pathologique de la diphtérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation.**

On ne trouve, chez les enfants morts de trois à sept jours après l'introduction du tube d'O'Dwyer, qu'une érosion superficielle de l'épithélium.

Lorsque la maladie est accompagnée de complications graves, l'extrémité inférieure du tube produit une ulcération assez profonde sur la paroi antérieure de la trachée. Dans les cent seize autopsies qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé ni lait, ni substance étrangère dans les bronches.

Le tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup, par le D^r E. BOUCHUT, de Paris.

En 1858, l'auteur avait déjà fait le tubage du larynx chez plusieurs enfants. Il avait obtenu trois guérisons sur dix cas. Puis il donne l'observation détaillée d'un enfant de dix-huit mois, dans le larynx duquel il introduisit une canule en argent et qui guérit en fort peu de temps.

Le D^r J. O'DWYER, de New-York, fait une communication sur **l'intubation du larynx.**

Il commença ses expériences en 1880, au New-York Foundling Asylum.

La trachéotomie n'y avait pas donné un seul résultat heureux depuis quelque temps. Beaucoup de médecins hésitaient à pratiquer une opération dangereuse et difficile; le valgaire ne peut comprendre que pour soulager un enfant il faille lui couper la gorge.

Le Dr O'Dwyer se servit d'abord d'un cathéter prostatique qu'il introduisait par le nez, mais il dut abandonner ce procédé, car le patient enlevait lui-même l'instrument. Il fit alors construire un tube court, qu'il a modifié plusieurs fois avant d'arriver à un appareil satisfaisant, dont il se sert aujourd'hui.

La partie du tube située au-dessus de l'orifice supérieur s'élargit graduellement; la pression des cordes vocales sur ces parois inclinées et le poids du tube lui-même empêchent son expulsion lors d'un accès de toux. Le tube n'est pas construit assez large pour qu'il soit serré par le larynx, afin qu'il puisse être expulsé s'il se formait des masses de pseudo-membranes trop considérables pour passer par son ouverture. C'est là la raison pour laquelle le tube ne reste pas toujours en place, même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes.

L'intubation est en apparence une opération simple; mais elle ne l'est, en vérité, pas. Le médecin habile la pratiquera facilement dans un cas ordinaire, mais il rencontrera beaucoup de difficulté dans un mauvais cas.

L'intubation ne deviendra jamais un agent de guérison satisfaisant, car elle ne saurait influer sur les complications qui rendent le croup membraneux si fatal.

Dans la comparaison entre la trachéotomie et l'intubation, il ne s'agit pas de déterminer si l'une des opérations donnera plus de succès que l'autre; la question est celle-ci : Laquelle sera pratiquée le plus souvent? A laquelle les parents se soumettront-ils le plus facilement?

Le Dr F. E. WAXHAM, de Chicago, lit un mémoire sur **l'Intubation du larynx, ses avantages et ses désavantages. Statistiques de l'opération.**

Elle n'est pas facile à pratiquer, le tube est difficile à reti-

rer ; il entrave souvent la déglutition. D'un autre côté, on peut la faire instantanément, sans douleur, sans hémorrhagie, sans choc ; le tube n'a pas besoin d'être nettoyé, le traitement consécutif est très simple.

L'intubation a été faite mille fois depuis deux ans : elle a sauvé, d'une mort certaine, deux cent soixante-neuf personnes.

Le Dr Charles G. JENNINGS, de Détroit, préfère la trachéotomie ; d'abord il y a obtenu de meilleurs résultats, puis il redoute les difficultés dans l'alimentation que suscite l'introduction du tube dans le larynx.

Les Drs T. J. PITNER et NORTHRUP prennent part à la discussion.

SECTION D'OTOLOGIE

Président : le Dr S. J. JONES, de Chicago.

Secrétaire : le Dr S. O. RICHEY, de Washington.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président fait l'historique des progrès de l'otologie dans les vingt-cinq dernières années, et indique ses rapports avec la médecine générale.

Le Dr S. S. BISHOP, de Chicago, fait une communication intitulée : **Rapport sur 5,700 cas de maladies de l'oreille, classées d'après l'âge, le sexe, la profession et la nature de la maladie ; études des diverses causes.**

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le jeune âge est une cause prédisposante ; plus d'un quart des malades avaient moins de quinze ans ;

2° Le sexe n'a pas d'importance dans la production des maladies de l'oreille ;

3° Environ 80 0/0 des malades étaient atteints de maladies chroniques ; 90 0/0 présentaient des affections de la caisse.

4° Les causes du catarrhe naso-pharyngien sont les causes prochaines des affections de l'oreille.

5° Les tempéraments nerveux sont particulièrement prédisposés.

Le Dr B. LOEWENBERG, de Paris, lit une note sur le **Traitement et la bactériologie de l'otite furonculaire.**

En 1880 et 1881 j'ai publié le résultat de mes recherches sur la nature des furoncles de l'oreille. La théorie et la pratique m'ont, à la fois, amené aux conclusions suivantes :

1° Les furoncles sont une affection des conduits des follicules cutanés;

2° L'éclosion successive de furoncles chez le même individu est le résultat d'une auto-infection, par le transport du micrococcus sur la peau.

3° L'infection d'une personne par une autre est possible et se fait par la même voie que dans le cas précédent.

Ces points fondamentaux m'ont amené à adopter une méthode de traitement pour les furoncles de l'oreille et la furonculose en général. C'est cette méthode que je vais exposer maintenant pour ce qui concerne les furoncles de l'oreille externe, et les résultats qu'elle m'a donnés.

Le mode de traitement est le même que celui que j'ai proposé déjà pour l'otorrhée : à savoir une solution sur-saturée composée d'une partie d'acide borique très finement pulvérisé pour cinq parties d'alcool très fort, même d'alcool absolu. J'emploie cette solution en instillations répétées trois ou quatre fois par jour.

Aussi longtemps que le furoncle n'est pas ouvert, une solution alcoolique saturée d'acide borique est suffisante ; mais, quand le furoncle est ouvert et que le pus s'écoule, je préfère une solution sur-saturée qui laisse toujours se déposer une certaine quantité de poudre d'acide borique qui se dissout dans le pus et exerce ainsi, d'une façon continue, son action antiseptique.

L'alcool, en dehors de son action efficace contre les micro-organismes, est, en outre, destiné à faciliter la pénétration

du mélange dans les conduits des follicules qui sont le siège du mal. La couche graisseuse entoure ces tubes capillaires, et d'après les lois physico-chimiques s'oppose à l'entrée des liquides aqueux, tandis que l'alcool, à raison de son affinité pour les corps gras, les pénètre facilement.

L'incision des furoncles facilite parfois cette méthode de traitement; mais il est souvent très difficile de la pratiquer assez exactement pour diviser le conduit du follicule, et c'est là, d'après moi, ce que l'on doit chercher à obtenir.

La cocaïne même appliquée sur l'épiderme procure souvent un soulagement passager.

Résultats : La solution d'acide borique, fortement alcoolique, appliquée au début, arrête souvent le développement des furoncles; même dans les cas où elle ne réussit pas à les faire avorter, la persévérance dans l'emploi de la solution sur-saturée empêche les poussées successives des furoncles dues à l'auto-contagion. Ces résultats me paraissent très importants, parce que les furoncles de l'oreille sont très douloureux; en second lieu, d'après mon expérience, les furoncles, lorsqu'ils se succèdent, tendent à se former toujours de plus en plus près de la membrane du tympan et, par conséquent, deviennent de plus en plus douloureux.

Bien des femmes souffrent souvent pendant des années de furoncles de l'oreille à chaque période menstruelle. Ma théorie explique leur formation dans ce cas; mon traitement les fait avorter, ou au moins, en prévient le retour. Bien plus, on peut souvent en prévenir la formation, à l'aide de ce traitement employé comme prophylactique avant l'apparition des règles.

Dans ses recherches bactériologiques sur la furunculose de l'oreille, l'auteur a rencontré le plus souvent le staphylococcus albus, il n'a manqué que dans un cas; on trouve, en outre, le staphylococcus aureus, et parfois, le staphylococcus citreus. Les résultats diffèrent de ceux obtenus par le Dr Kirchner de Wurtzbourg qui a rencontré seulement le staphylococcus albus.

Le Dr L. TURNBULL, de Philadelphie, lit ensuite un travail sur **la Cause et le traitement des furoncles de l'oreille.**

Ces deux communications sont ensuite largement discutées par les membres du Congrès.

Mardi 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance de l'après-midi.

Le Dr T. E. MURREL, de Little Rock, lit un travail sur **les Particularités dans la structure et les maladies de l'oreille chez le nègre.**

Chez le nègre de race pure (Africain), les affections de l'oreille sont beaucoup plus rares que chez le blanc. Cette immunité tient à des particularités anatomiques de son oreille, particularités que l'auteur décrit dans son travail : « Le pavillon est petit, le conduit auditif externe large, tout à fait droit. La membrane du tympan est large dans tous ses diamètres et forme avec l'axe du conduit, un angle moins oblique que dans la race blanche. L'apophyse mastoïde est très peu développée et à peine visible. Le pharynx est spacieux, il existe un espace considérable entre les piliers. Les fosses nasales également sont spacieuses et les choanes très développés. La déviation de la cloison et l'obstruction nasale qui en résultent sont peu fréquentes. Les bouchons de cerumen sont moins fréquents que dans la race blanche. L'otite parasitaire est rare. L'otite moyenne aiguë, assez fréquente chez les enfants, l'est cependant moins chez les blancs.

La rhinite purulente est commune chez les enfants strumeux; elle détermine souvent de la suppuration de l'oreille qui guérit très bien, et ne laisse après elle qu'un affaiblissement peu notable de l'audition. L'otorrhée est peu fréquente, l'inflammation de l'apophyse mastoïde extrêmement rare. L'otite moyenne catarrhale chronique est également très rare. Les sourds-muets dans la race nègre sont très peu nombreux.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. les Drs HOBBS, ROBERT TILLEY, TURNBULL, S. O. RICHEY, et dans laquelle les opinions les plus contradictoires sont émises.

Le Dr JOHN F. FULTON, de Saint-Paul, lit un mémoire sur **l'Inflammation primitive de l'apophyse mastoïde et de l'antre.**

Bien que le plus souvent l'inflammation de l'apophyse mastoïde et de l'antre ne survienne que par propagation de l'inflammation du conduit ou de la caisse, il est cependant des cas dans lesquels le contraire se produit. L'auteur décrit des signes principaux qui pourront permettre d'arriver à un diagnostic, qui, d'ailleurs, est toujours dans les cas de ce genre fort difficile à faire.

Le Dr George FROTHINGHAM, lit un article intitulé : **Indications pour l'ouverture artificielle de l'apophyse mastoïde et des meilleures méthodes pour amener l'occlusion de cette apophyse.**

Cette communication et celle qui précède font l'objet d'une longue discussion.

Le Dr ROBERT TILLEY, de Chicago, lit une note intitulée : **La syphilis héréditaire considérée comme facteur dans la production des suppurations de l'oreille moyenne.**

L'auteur passe en revue les travaux déjà publiés sur ce sujet et parle de l'influence bien connue de la syphilis héréditaire et de ses rapports avec l'oreille moyenne et la membrane du tympan.

Le Dr C. M. HOBBY, lit un travail sur la **Fièvre cérébro-spinale considérée comme cause de surdité.**

C'est une cause fréquente de surdité, et par conséquent de surdi-mutité; dans les cas de ce genre; c'est probablement le labyrinthe qui est atteint. Les malades sont quelquefois frappés à la fois dans cette maladie de cécité et de surdité.

COMPTE RENDU
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE

SECTIONS D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Par le Dr J. CHARAZAC (1).

1^{re} SECTION D'OTOLOGIE

Le Dr THOMAS BARR, de Glasgow, fait une communication sur les **Bourdonnements d'oreille** (*On tinnitus aurium*).

L'auteur se propose, par cette communication, de passer en revue les meilleures méthodes de traitement à employer pour combattre les bourdonnements d'oreille et invite ses collègues à exposer leur manière de voir sur ce sujet. Il s'occupe tout d'abord du traitement *électrique*. Les avis sont très différents sur la valeur de ce mode de traitement. La façon dont les électrodes sont appliqués n'est pas indifférente. La meilleure méthode, d'après l'auteur, consiste à placer un des pôles de la pile terminé par une petite éponge, dans le conduit auditif ou même sur le tympan, tandis que l'autre est mis en contact avec l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache.

Le traitement des bourdonnements par les diapasons placés en vibration sur le crâne, suivant la méthode du professeur Lucæ, de Berlin, non seulement diminue, dans certains cas, les bourdonnements, mais encore améliore l'audition.

On a beaucoup vanté l'acide hydrobromique. Il n'a donné aucun bon résultat à l'auteur. Le bromure de potassium est préférable et il n'est pas rare de voir les bourdonnements diminuer à la suite de son administration.

La pilocarpine en injections hypodermiques donne des succès dans certains cas, mais il en est beaucoup d'autres dans lesquels elle ne produit pas la moindre amélioration. Elle est indiquée, suivant l'auteur, dans les cas d'hémorragies limitées et récentes du labyrinthe.

La quinine à haute dose améliore souvent les bourdonnements, mais de soigneuses observations cliniques sont encore

(1) D'après le *British Medical Journal*, 27 août 1887.

nécessaires pour permettre de préciser les cas dans lesquels l'emploi de ce remède est indiqué.

Le Dr LENNOX BROWNE dit que la seule base scientifique sur laquelle on puisse établir le traitement des bourdonnements repose sur le diagnostic différentiel de leur siège et de leur cause. En se plaçant à ce point de vue, on s'explique très bien les échecs aussi bien que les succès des diverses méthodes décrites ci-dessus. Les courants faradiques, par exemple, sont utiles dans une certaine catégorie de cas, spasme ou parésie des muscles tubaires ou tympaniques, et les courants continus dans les bourdonnements qui dépendent d'un affaiblissement des vaso-moteurs. On a d'ailleurs beaucoup exagéré l'action de l'électricité. On peut en dire autant de l'acide hydrobromique introduit dans la thérapeutique par le Dr Woakes, pour les cas de bourdonnements pulsatiles, et qui ne rend aucun service dans les autres cas.

Le Dr Lennox-Browne fait ensuite observer que souvent les malades ne se plaignent que des bourdonnements et que l'affaiblissement de l'ouïe ne les accompagne pas nécessairement ; il rapporte les importantes expériences de Dundas Grant à l'aide desquelles on peut faire le diagnostic du siège des bourdonnements. Elles consistent à comprimer alternativement les carotides et les artères vertébrales. Si le bruit des bourdonnements diminue à la suite de la compression des carotides, c'est l'oreille moyenne qui est lésée ; si au contraire les bourdonnements sont d'origine labyrinthique, la pression sur les artères vertébrales les diminue ou les fait disparaître.

Le Dr WARD COUSINS dit que le traitement des bourdonnements qui résultent d'une affection de l'oreille moyenne consiste à rétablir un libre passage entre le pharynx et la caisse, de manière à rétablir l'équilibre de pression sur les deux faces de la membrane tympanique. La douche d'air depuis longtemps est considérée comme une excellente méthode de traitement ; elle est surtout utile dans les débuts des affections de l'oreille moyenne. Mais dans les cas chroniques

accompagnés de bourdonnements très tenaces, elle produit parfois une aggravation dans l'état du malade.

Le Dr Cousins, dans les cas de ce genre, depuis plus de deux ans fait usage avec beaucoup de succès d'une méthode qui consiste en une injection d'air suivie de son évacuation immédiate. Il présente l'appareil dont il fait usage et pratique l'opération devant les membres du Congrès.

Pour appliquer avec succès cette méthode, il faut que l'orifice antérieur des narines soit hermétiquement bouché.

Le Dr Ch. WARDEN lit une note ayant pour titre : **Surdi-mutité et mariages consanguins** (*Deaf-mutism and consanguineous marriages*).

Dans ce travail l'auteur passe en revue les diverses causes de la surdi-mutité et s'attache principalement à démontrer l'influence de la consanguinité et de l'hérédité. Bien que les statistiques soient trop limitées et trop incomplètes pour permettre de formuler des conclusions positives, il est cependant probable que :

1° Si deux sourds-muets ayant des membres de leurs familles atteints de cette infirmité se marient entre eux, leurs enfants seront sourds-muets ;

2° Deux sourds-muets congénitaux se mariant ensemble, surtout s'il en existe dans leur famille, auront leurs enfants sourds-muets ;

3° Les mariages entre sourds-muets, si la surdi-mutité est acquise et s'il n'y a pas de sourds-muets dans la famille, auront des enfants qui ne seront pas sourds ;

4° Dans les mariages entre sourds-muets et individus entendant, si ces derniers n'ont pas de sourds-muets dans la famille, les enfants ne seront pas sourds-muets.

Le Dr BARR dit que d'après son expérience les mariages consanguins ne sont pas une cause fréquente de surdi-mutité. L'hérédité, comme dans toutes les maladies de l'oreille, joue un grand rôle dans la production de la surdi-mutité.

Le Dr E. WOAKES s'étonne qu'il n'ait pas été question de la

syphilis comme facteur dans la surdi-mutité. L'influence de cette diathèse est évidente dans bon nombre de cas et elle joue d'après lui, dans la production de cette infirmité, un rôle plus important que l'hérédité elle-même.

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Le D^r PROSSER JAMES lit un travail intitulé : **Remarques sur la phtisie laryngée** (*Remarks on laryngeal phthisis*).

Cette note a été préparée par l'auteur comme introduction à la discussion portée à l'ordre du jour de la section.

Il s'occupe de la nature de la phtisie laryngée, de son origine bacillaire, de la possibilité de la guérir, de son traitement, et rappelle à ce sujet les différentes méthodes préconisées par l'auteur.

Le D^r LENNOX-BROWNE admet l'existence de la tuberculose laryngée primitive qui est, dit-il, démontrée par des faits irrécusables. Les principes qui suivent doivent être la base du traitement : 1^o On doit placer le malade dans les meilleures conditions pour résister à l'influence nocive du bacille. Les conditions climatiques, l'hygiène, les inhalations servent à remplir ce but; 2^o on doit attaquer les bacilles à l'aide des antiseptiques. Il les divise en deux classes : a) ceux qui agissent comme antiseptiques généraux ; b) ceux dont l'action est purement locale. Dans la première on peut placer le sublimé et les injections rectales. On ne doit user de cette méthode préconisée par Bergeon qu'avec la plus grande réserve. Le remède quelquefois peut être pire que le mal et l'auteur rapporte un cas dans lequel il a bien des raisons de croire que ce traitement a hâté la terminaison fatale. Parmi les antiseptiques locaux, l'auteur préconise le galvano-cautère pour les ulcérations de la langue et des amygdales; l'acide lactique après grattage des ulcérations pour la tuberculose du pharynx, le menthol dans le larynx de préférence à l'iodoforme et à l'iodol. Les insufflations de morphine et autres sédatifs sont purement palliatives. Les pastilles à la cocaïne sont bonnes pour calmer la douleur dans les cas d'ulcération de la langue

et de la gorge, mais cette substance ne vaut ni l'opium ni la belladone pour calmer la toux et les douleurs provenant d'ulcérations plus profondément situées.

Le Dr HUNTER MACKENZIE lit un travail sur le **Traitement de la phtisie laryngée** (*The treatment of laryngeal phthisis*).

En application locale, les médicaments sédatifs ou légèrement astringents sont préférables aux caustiques. La morphine, l'iodoforme, la papayotine (en solution de 1/2 à 5 0/0), la cocaïne, la caféine et le menthol sont ceux auxquels on doit accorder la préférence. L'auteur s'étend assez longuement sur l'emploi de l'acide lactique et sur ses effets bien connus en application sur les tissus malades. Il préconise la trachéotomie, non seulement comme moyen palliatif, mais encore comme moyen curatif dans la tuberculose du larynx. Cette opération, pour l'auteur, aurait l'avantage de mettre le larynx dans un état de repos et à l'abri de toute irritation, et de rendre plus facile l'intervention locale sur les parties malades. On comprend facilement qu'elle ne doit, même d'après l'auteur, être faite que dans les cas où le poumon est peu ou point malade, mais alors le Dr Hunter Mackenzie la conseille alors même qu'il n'y a pas de danger de suffocation.

Le Dr WOAKES, dans la phtisie laryngée, préconise l'emploi de l'hydrogène sulfuré. Il a pratiqué cinq fois la trachéotomie dans la tuberculose du larynx. Sur ces cinq fois, il y a eu trois fois amélioration considérable et arrêt complet dans l'évolution de la maladie; dans les deux autres cas, il ne se produisit aucune modification appréciable.

Le Dr STOCKER doute de l'existence de la tuberculose laryngée primitive. Pour qu'on puisse en être certain alors même que le poumon ne présente pas trace de lésion, il faut que l'autopsie confirme les résultats de l'examen du malade.

Les Drs HOOPER, de Boston, et HAYES, admettent les opinions précédemment exprimées par le Dr Lennox-Browne.

Discussion sur les névroses naso-pharyngiennes.

Le D^r E. WOAKES, en quelques mots fait l'historique de la question, et rappelle les travaux de Voltolini, Hack et Hering, qui démontrent l'origine nasale de certains cas d'asthme et même d'épilepsie.

Le D^r GEORGES STOCKER rapporte deux observations d'**hay fever**, guéri par le galvano-cautère appliqué sur les cornets hypertrophiés.

Le D^r LENNOX-BROWNE rapporte deux cas d'**attaques épileptiques**, dues à une névrose nasale réflexe et guéries par le traitement local.

Sténose laryngée.

Le D^r LENNOX-BROWNE lit une courte note sur la **sténose laryngée**, et montre un nouveau dilatateur du larynx qui présente réunis les avantages du dilatateur tranchant de Whistler et des tubes de Schrötter.

MM. les D^{rs} LENNOX-BROWNE, HOLBROOK CURTIS, de New-York, CURTIS et GEORGES STOCKER, présentent ensuite plusieurs **instruments pour les fosses nasales et le larynx**.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par le D^r André BOURSIER (1).

M. Boursier vient de publier sous forme de volume une série de leçons au nombre de quinze, toutes traitées de main de maître, tant au point de vue clinique qu'au point de vue théorique et scientifique. Nous signalerons les cinq premières, particulièrement intéressantes pour les lecteurs de la *Revue*.

Chaque leçon est précédée d'un sommaire qui en constitue une analyse parfaite et qui nous guidera pour donner une idée complète du sujet traité :

La première clinique de M. Boursier a pour titre : *Des*

(1) Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, 1887.

kystes thyro-hyoïdiens. Il étudie les signes physiques et les troubles fonctionnels de ces kystes ; fait le diagnostic avec les autres tumeurs : abcès par congestion, masses ganglionnaires ; avec les autres kystes de la région : kystes du corps thyroïde, hygroma de la bourse de Bécлар. Il continue par la description de la région thyro-hyoïdienne, la nature et l'origine des kystes de Boyer : les kystes de la pyramide de Lalouette, la grenouillette sous-hyoïdienne, l'hygroma thyro-hyoïdien, les kystes d'origine branchiale, la structure du kyste branchial, son liquide, sa résistance aux moyens thérapeutiques, son traitement.

Le sommaire de la deuxième leçon : *Du goître vasculaire*, est : Observation d'une jeune fille de vingt-trois ans ; signes physiques et fonctionnels du goître, diagnostic du goître avec les ganglions, les kystes du cou, diagnostic de forme avec le goître aigu pulsatile, le cancer du corps thyroïde, le goître exophtalmique.

Structure des goîtres : du goître vasculaire anévrysmal ou artériel, variqueux, apoplexie thyroïdienne.

Pronostic. Traitement médical, iode, iodoforme. Traitement chirurgical : injections interstitielles, électrolyse, ligature des artères, extirpation.

La troisième leçon est consacrée à : *la Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, avec étude d'une observation particulière où l'opération fut pratiquée pour un rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier. L'auteur passe en revue les formes diverses de rétrécissement et parle du traitement curatif. Il fait ensuite l'histoire de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, ainsi que l'anatomie topographique de la région. Enfin il indique le procédé opératoire, les avantages et les inconvénients de l'opération, ses indications et ses contre-indications.

Les *papillomes du voile du palais* font l'objet de la quatrième leçon. Dans le cas particulier, il s'agit d'une tumeur pédiculée du voile du palais, chez un jeune homme de vingt ans, avec troubles vocaux. Ces papillomes ont une période latente et une période de troubles réflexes (toux,

gène pharyngée, spasmes, suffocations, etc.). Leur histoire, leurs causes, leur forme, leur volume et leur pédicule sont ensuite passés en revue. La leçon se termine par le diagnostic avec les tumeurs pédiculées de la région, avec les tumeurs sessiles; par l'anatomie pathologique et le traitement.

A propos d'un *cas de polype naso-pharyngien*, M. Boursier, dans sa cinquième leçon, après l'examen clinique, établit, un diagnostic différentiel avec les affections nasales; il indique le siège et le nombre des points d'implantation. Poursuivant le diagnostic différentiel, il distingue les polypes naso-pharyngiens des tumeurs malignes, des polypes fibro-angioma-teux et des polypes fibro-muqueux.

On trouve encore dans la même leçon signalés le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens, le choix de la méthode, la chloroformisation, la tête pendante, ses avantages et ses inconvénients, ses indications et ses contre-indications.

Quant aux autres leçons, comme elles ont pour objet des questions de chirurgie générale ne se rattachant en rien à la spécialité, nous les passerons sous silence, faisant remarquer cependant qu'elles forment autant de sujets neufs et originaux qui seront avec avantage consultés par les praticiens.

Les leçons de clinique chirurgicale de M. Boursier forment un beau volume de 300 pages, très bien imprimé sur papier fort et édité avec un soin tout particulier.

M. NATIER.

Atlas d'images coloriées de la membrane du tympan (*Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells*), par le Dr KURD BÜRKNER, professeur et directeur de la polyclinique pour les maladies des oreilles, à l'Université de Göttingen (1).

L'Atlas du professeur A. Politzer, publié il y a plus de vingt ans, étant depuis longtemps épuisé et aucun autre travail de ce genre, si ce n'est celui de J. Hinton, trop vaste et trop coûteux, n'ayant paru depuis, c'est la raison pour laquelle l'auteur s'est décidé à faire à son tour paraître un nouvel atlas.

(1) Iena, Verlag von Gustav Fischer, 1886.

Celui-ci comprend quatorze planches avec 84 figures. Chacune de ces figures, très soigneusement exécutées, représente aussi naturellement que possible les images les plus variées de la membrane du tympan.

Pour donner une idée, nous nous bornerons à dire qu'on voit, d'abord, l'image du tympan avec son aspect normal, une rupture double, des ecchymoses, des pigmentations, etc., en un mot, le plus grand nombre des altérations dont cet organe peut être le siège.

Nous ne saurions entrer dans une énumération plus longue, mais nous croyons bon de recommander à nos lecteurs qui ont l'occasion de pratiquer des examens de la membrane tympanique, ce petit Atlas qui pourra leur être vraiment de quelque utilité. Les planches sont aussi bien dessinées qu'il est possible, étant donnée la difficulté que l'on éprouve à reproduire cette partie de l'organe de l'ouïe.

M. N.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Langue noire (*Die Schwarze Zunge*), par le Dr Ph. SCHUCH, docent in München.

Cette affection, dit l'auteur, très peu connue, est indolente, à début insidieux. Ce n'est que par hasard que le médecin ou le malade lui-même s'en aperçoivent. Parfois existent une sensation de sécheresse et de la mauvaise odeur; le goût, la sensibilité et les mouvements de la langue sont conservés.

Comme symptômes objectifs, on constate une coloration brun foncé, noire ou même bleuâtre, qui peut se rencontrer ou d'un seul côté ou des deux côtés et s'étendre de la base à la pointe. Le plus souvent cependant, la pointe et les bords ont un aspect normal. La langue ressemble, suivant l'expression de Raynaud, à un champ de blé couché par le vent et la pluie.

L'auteur rapporte ici l'observation d'un homme de trente-deux ans, artiste, qui, depuis plusieurs semaines, avait de la

toux et de la raucité de la voix. A l'examen, il remarqua que le dos de la langue, de chaque côté du raphé et d'arrière en avant, était le siège d'une coloration sombre. Il existait là comme des filaments en très grand nombre, couchés et très adhérents.

Pour ce qui est de la nature de cette affection, les opinions les plus diverses ont été émises. Les uns (Hutchinson) n'ont voulu voir là qu'un effet de la simulation qu'on observait souvent chez les hystériques; d'autres (Armaingaud) ont admis qu'ils s'agissait de troubles vaso-moteurs. Enfin pour la plupart, et j'étais moi-même du nombre, c'était à une affection mycosique qu'on avait à faire. Dessois aurait trouvé un champignon (*glossophyton*) auquel il fait jouer un rôle très actif... Shell a vu des corpuscules arrondis ou ovalaires qui le font aussi croire à du mycosis. Après avoir fourni les opinions d'autres auteurs, Schech ayant exposé le résultat de ses recherches microscopiques, conclut en disant : *D'après mon observation, la LANGUE NOIRE ne fait pas partie du cadre des maladies mycosiques, il s'agit là simplement d'une forme hypertrophique avec cornification et pigmentation des tissus.*

Au point de vue étiologique, on ne sait à peu près rien de la question. On ne saurait accepter l'action nocive du tabac, — mâché ou fumé, — car le nombre de ceux qui en usent sans contracter l'affection est immense par rapport à ceux qui en sont atteints. On a encore avancé, mais également sans preuves, que la langue noire s'observerait chez des personnes avancées en âge ou bien chez certains individus atteints de carcinome de la langue.

La durée de la maladie est indéterminée, car on l'a vue persister des semaines et des mois et même des années.

Quant au traitement, on pourrait dire qu'il est inutile, vu la bénignité de l'affection. On agirait si les filaments, devenus trop longs, occasionnaient de l'embarras. On pourra prescrire des gargarismes alcalins. On ignore encore si l'affection est sujette à récurrence. (*Separatabd. aus der Münch. med. Woch.*, n° 13, 1887.)

M. NATIER.

Un cas de double luette (*Ein doppeltes Zäpfchen*),
par le Dr PATRZEK.

Un hôtelier vint consulter M. Patrzek à la suite de sensations de strangulation et de vomituritions dont il avait été incommodé toute une nuit durant, et qu'il croyait devoir rattacher à la présence d'un corps étranger.

L'examen de la gorge révéla entre la luette et la paroi gauche du pharynx l'existence d'une production ressemblant à une luette. De la base, partaient deux bifurcations dont la droite insérée sur le bord de la luette mesurait 1 centimètre, et dont la gauche, insérée sur la partie supérieure et postérieure de l'arc palatoglosse, avait une longueur de 3 centim. Ces parties enlevées, on put constater par la forme et à la coupe qu'il s'agissait d'une luette double. (*Deuts. mediz. Zeitg.*, n° 29, 1887, p. 338.) M. N.

De l'inflammation de la luette et de son incision,
par le Dr GUILLABERT.

Dans des cas divers, M. Guillabert a eu l'occasion de pratiquer l'excision de la luette, notamment chez un de ses collègues atteint d'œdème suffocant secondaire. L'allongement de la luette lui a paru affecter généralement trois formes différentes :

1° Elle rappelle un triangle isocèle très aigu à sommet renflé; 2° elle est rouge, rigide, cylindrique, à sommet obtus pouvant être recourbé en crochet; 3° enfin, elle est piriforme, considérablement hypertrophiée avec œdème presque transparent.

Consécutivement à l'excision de la luette, on a signalé les hémorragies abondantes. M. Guillabert a toujours réussi à les arrêter avec le nitrate d'argent ou le perchlorure de fer; dans les cas exceptionnels, une petite pince de Mathieu ou de Péan, sera toujours efficace.

Les palatostaphyllins sont simplement engourdis et non paralysés ou atrophiés.

Comme à l'état normal, la luette disparaît complètement pendant qu'elle se contracte, il sera prudent d'en conserver

1 c. ou 1 c. 1/2 pour éviter des troubles de la déglutition.
(*Courrier méd.*, n° 22, 28 mai 1887, p. 209.) M. N.

Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes,
par M. le Dr Albert RUULT.

Parmi les hypertrophies amygdaliennes, M. Ruault détache du groupe les deux types suivants, pour en faire l'étude :

1° *Hypertrophie dure ou fibreuse.* — Cette hypertrophie, en général consécutive à des amygdalites répétées, procède par étapes successives pour ne s'arrêter guère qu'à l'âge mûr. Chez les enfants au-dessous de treize ou quatorze ans, le pharynx est normal et la maladie localisée aux amygdales. Celles-ci, dures, élastiques, non douloureuses, peuvent se toucher par leur face interne et obliger le malade à respirer la bouche ouverte. Vers seize à dix-huit ans, le pharynx commence à être envahi; il survient de la gêne et un peu de douleur. Vers trente ou trente-cinq ans, la muqueuse qui recouvre les amygdales et les parties avoisinantes, s'épaissit; des végétations adénoïdes apparaissent au pharynx, les amygdales s'atrophient. Avec cette forme d'hypertrophie, on pourra parfois rencontrer de la surdité unilatérale qui disparaîtra après cautérisation de l'amygdale. L'hypertrophie dure se rencontre souvent chez des enfants issus de souche arthritique; sa caractéristique histologique est l'abondance du tissu fibreux.

2° *Hypertrophie molle ou adénoïde.* — Elle porte surtout sur les follicules lymphatiques et se rencontre chez les enfants à tempérament lymphatique. Début lent, insidieux, marche continue. Végétation adénoïde du pharynx, rhinite chronique catarrhale; hypertrophie de l'amygdale palatine de bas en haut et d'avant en arrière. Cette hypertrophie n'est pas très considérable; l'amygdale a un aspect grenu, elle est arrondie ou pyriforme; les piliers sont écartés l'un de l'autre pour faire place à la glande hypertrophiée. Celle-ci est rosée, molle au toucher; sa friabilité semble l'exposer à l'usure au contact des aliments solides.

Cette forme s'observe le plus communément de quatre à six

ans ; la maladie tend à disparaître vers l'âge de seize à dix-huit ans. Quand aux végétations adénoïdes coexistantes, elles persistent beaucoup plus longtemps.

Comme traitement, l'auteur préconise l'ignipuncture au galvano-cautère. (Communic. à la *Soc. de Méd. de Paris*, séance du 26 fév. 1887. — *Union méd.*, 26 mai 1887, n° 67, p. 813.)

M. NATIER.

Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée, par le Dr Eug. MARTEL.

On a pour remédier à ces perforations deux méthodes de traitement : 1° Le traitement palliatif, qui consiste dans l'emploi d'obturateurs ;

2° Le traitement curatif comprenant surtout l'uranoplastie et la staphylorrhaphie. Le traitement par cautérisation ignée n'a jusqu'ici eu d'autre partisan que J. Cloquet. Il consiste à toucher l'angle supérieur et l'angle inférieur de la perforation ou de la division du voile avec un cautère électrique ou autre : les points cautérisés se soudent les uns aux autres et la cautérisation est continuée jusqu'à fermeture complète.

Tel est le procédé recommandé par M. Martel se fondant pour cela sur une observation heureuse de perforation du voile consécutive à la syphilis et guérie de la sorte. (*Revue intern. des Sc. méd.*, 31 mai 1887, p. 199.)

M. N.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Un cas de rhinite professionnelle (arsenicale), par le Dr A. CARTAZ, ancien interne des Hôpitaux.

A propos de rhinites professionnelles, M. Cartaz fournit d'abord un aperçu pathogénique sur cette affection, si bien décrite par Hillairet et Delpech.

Il rapporte ensuite l'observation d'un homme de 48 ans, qui, depuis l'âge de 17 ans, travaillait dans les fabriques de produits arsenicaux. A 25 ans, blennorrhagie et chancre dont il ne savait déterminer la nature. Accidents cutanés jusque vers l'âge de 30 ans, et dûs vraisemblablement aux poussières arsenicales, car ils cessent de 30 à 38 ans, époque où le

malade interrompt sa profession. Il y a cinq ans environ, cet homme s'étant de nouveau exposé aux poussières arsenicales, et cette fois plus intimement, survinrent des lésions nasales avec suppuration abondante. On constata alors une perforation de la cloison et on crut à de la syphilis, mais le traitement spécifique demeura sans effets. Le malade vint à l'hôpital où, après une nouvelle tentative infructueuse, on cessa le traitement spécifique pour le soumettre à un régime tonique; on prescrivit en même temps des irrigations nasales désinfectantes.

Grâce à ce traitement, les symptômes s'amendent; mais le malade ayant voulu reprendre sa profession, les accidents réapparaissent aussi intenses, ce que voyant, il renonce définitivement à sa profession. La réparation se fait alors dans une large mesure.

M. Cartaz se croit suffisamment autorisé, par ce qui précède, à écarter le diagnostic de syphilis au lieu d'affection lupeuse des fosses nasales, pour admettre celui de rhinite professionnelle. (Communication à la *Société clinique de Paris France méd.* n° 56 p. 670, 12 mai 1887). M. N.

Le thymol dans le traitement de la rhinite atrophique (*Thymol in the treatment of atrophic nasal catarrh*), par le Dr RALPH W. SEISS.

L'auteur recommande les solutions suivantes : « 1° Thymol 0 gr. 13; alcool, 2 grammes; glycérine 2 grammes; eau distillée, 30 grammes.

2° Thymol, 0 gr. 10; alcool, 5 grammes; glycérine, 2 grammes; eau distillée, 30 grammes.

3° Thymol, 0 gr. 30; alcool et glycérine, 15 à 20 grammes.

4° Une quantité double de thymol que pour la précédente formule.

On a employé les formules 1 et 2 avec un vaporisateur; les solutions 3 et 4 en application directe à l'aide d'un tampon d'ouate.

Dans les cas récents de rhinite atrophique dans lesquels l'épithélium est encore intact et que les sécrétions accumulées ne sont pas trop abondantes, la solution n° 1 lui rend les

meilleurs services. Cette forme de rhinite atrophique est invariablement précédée du processus hypertrophique. Il n'existe pas d'odeur dans les cas de ce genre. Sous l'influence du thymol, l'auteur a vu les sécrétions devenir moins épaisses, la muqueuse reprendre sa coloration normale et les cornets augmenter de volume au point de rendre aux fosses nasales leur cavité normale.

Un traitement général tonique et des lavages soigneux des fosses nasales doivent accompagner le traitement.

Dans la forme typique de rhinite atrophique, le malade se plaint presque toujours d'une sensation de sécheresse à la gorge et de l'accumulation de mucosités desséchées, formant des croûtes, surtout à la voûte du pharynx, de perte de l'odorat et d'une odeur désagréable qui peut être plus ou moins accentuée, suivant les cas. La muqueuse des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne est atrophiée au point que dans certains cas, la muqueuse s'applique exactement sur le corps des vertèbres. Dans cette forme de rhinite atrophique, l'auteur fait usage de la solution n° 2 de thymol en pulvérisation après que les fosses nasales ont été scrupuleusement lavées. On doit, quelquefois après les pulvérisations, toucher les érosions de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent (1/6). On fait ensuite des badigeonnages du pharynx avec les solutions nos 3 et 4.

Dans une troisième forme que l'on voit survenir dans les cas de syphilis négligée ou de tuberculose, le thymol, tout en étant moins efficace, rend cependant des services et améliore beaucoup l'état du malade. (*The Med. News*, 2 avril 1887.)

D^r J. CH.

Du croup de la muqueuse nasale. Rhinite fibrineuse (*Ueber Croup der Nasenschleimhaut Rhinitis fibronisa*), par le Dr A. HARTMANN, de Berlin.

L'auteur n'ayant pas trouvé d'observation de ce genre dans la littérature médicale, croit bon de rapporter les cas de croup de la muqueuse nasale qu'il lui a été fréquemment donné d'observer. Les traités spéciaux se bornent à mentionner simplement la diphtérie du nez, et cela probablement parce que

cette affection n'ayant nulle tendance à se généraliser, il est rare qu'on pratique l'examen des fosses nasales. On peut appliquer à la rhinite croupieuse, sauf de légères exceptions, ce que Steffen et Ziemssen disent de la laryngite de même nom, dans leur manuel de pathologie et de thérapeutique spéciales : « Elle consiste dans un dépôt à la surface de la muqueuse, d'un exsudat fibrineux, blanc jaunâtre, membraneux, faiblement adhérent à la muqueuse (c'est le contraire dans le nez), se détachant facilement et se reproduisant très vite, n'entraînant pas de perte de substance et n'étant suivi d'aucune trace de cicatrice. »

Dans les six cas observés par l'auteur, il s'agissait d'enfants âgés de trois à neuf ans. L'affection presque toujours était de nature sporadique. Elle débute comme un coryza fébrile et s'accompagne la plupart du temps de pharyngite croupieuse. Le diagnostic n'offre aucune difficulté. La guérison survient au bout de huit à quinze jours.

Comme traitement, enlever les membranes, appliquer de la poudre d'iodoforme. (*Separatabdruck aus der Deuts. Medic. Wochens.*, 1887, n° 29). M. NATIER.

De la rhinite croupale (*Ueber Croup des Nasenschleimhaut*),
par le Dr O. SEIFERT, privatdocent à Würzburg.

L'auteur rappelle les cas signalés par Hartmann et insiste sur la rareté de cette affection. C'est cette rareté qui l'engage à publier trois cas tirés de sa pratique particulière. Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, qui avait une obstruction complète des deux fosses nasales, avec accès de fièvre. Le nez était tapissé de fausses membranes, très adhérentes et donnant lieu quand on les enlevait à un léger écoulement de sang. Les couennes furent enlevées et des insufflations d'iodol pratiquées dans le nez : elles se reproduisirent rapidement, mais huit jours après tendaient à disparaître ; au bout de trois semaines les symptômes étaient considérablement amendés. L'auteur ignore comment se termina l'affection, ayant perdu de vue le malade.

Deux autres observations sont relatives à deux fillettes (de

six et de trois ans) qui présentèrent les mêmes symptômes. Dans ce cas particulier la contagion directe semble être de toute évidence. Même traitement que pour le premier cas : les fausses membranes ont persisté pendant 12 à 14 jours.

A côté de cette rhinite croupale primitive, en existe une autre, celle-ci secondaire et se produisant en général après les opérations sur le nez. L'une et l'autre seront traités de la même façon. Si l'auteur préfère l'iodol à l'odioforme c'est : 1° parce qu'il n'a pas d'odeur; 2° parce qu'il n'irrite presque pas la muqueuse. (*Münch. Med. Wochens.*, n° 38, 20 sept. 1887.)

M. NATIER.

Tuberculose ou lupus de la muqueuse nasale? (*Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaut?*), par Max BRÄSGEN, de Francfort.

La question de savoir s'il existe réellement un lupus de la muqueuse nasale est loin encore d'être résolue; il en est même qui nient complètement l'existence de cette affection, par exemple Schæffer. C'est pourquoi l'auteur rapporte une observation qui lui paraît devoir jeter un certain jour sur ce sujet. Il s'agit d'une dame de trente-huit ans, à laquelle il avait, sept ans auparavant, donné ses soins pour une rhinite chronique. Depuis six mois elle éprouvait de la gêne de la respiration nasale à gauche. De ce côté il existait une tumeur de la grosseur d'une noisette, rouge, rugueuse, saignant facilement; elle était insérée sur la cloison à sa partie antérieure et pouvait venir faire saillie dans la narine droite. En même temps existaient des deux côtés, des granulations de la muqueuse. Immédiatement on songea à des lésions syphilitiques; mais l'iodure de potassium fut administré sans succès. Les granulations touchées à l'acide chromique et au galvano-cautère reparaissent de nouveau et la perforation qui existait à la cloison s'agrandit. Ce fut alors que M. Bräsgen, qui avait appris du reste que la malade vivait avec un beau-frère tuberculeux, songea à un lupus.

Six mois plus tard, deux petites taches rosées apparues sur le nez, disparaissaient très vite. Mais elles ne tardaient pas à se montrer sous forme de tubercules groupés par cinq ou

six. Les cautérisations galvaniques restèrent sans succès tout d'abord et de nouvelles poussées se formaient sans cesse; enfin on finit par faire disparaître le mal au moyen du cautère galvanique.

Les points intéressants de cette observation, sont : la formation de tubercules sur la peau du nez apparaissant d'abord treize mois après l'affection de la muqueuse, et ces mêmes tubercules qui plus tard se montrent sur la peau par extension de la lésion muqueuse. Il faut encore noter que la guérison de la peau du nez se fait avec celle de la muqueuse et que les granulations ne sont véritablement détruites qu'alors qu'on fait porter les cautérisations jusque sur la muqueuse saine.

La muqueuse, dit M. Bresgen, était, dans le cas particulier, en état de contracter la tuberculose; et si l'on peut admettre que dans la tuberculose vraie de la pituitaire, il n'existe pas de granulome, il n'est pas moins juste de reconnaître que les granulomes peuvent devenir tuberculeux, témoin le cas de tumeur tuberculeuse du larynx de Schæffer. Quant à la perforation de la cloison elle avait probablement été faite en se grattant avec l'ongle. La présence ou l'absence de bacilles de la tuberculose dans le cas de lupus semble lui importer peu au point de vue du diagnostic. Sa conclusion, c'est qu'on doit en règle générale considérer comme lupus de la face, celui qui procède d'un lupus de la pituitaire. (*Separatabdr. aus der Deutsch. medic. Woch.*, 1887, n° 30.) M. N.

Simple réflexion sur le gonflement de la muqueuse du nez, correspondant au côté sur lequel on se couche (*Kurze Bemerkung über das Anschwellen der Nasenschleimhaut bei Seitenlage*), par le Dr Max BRESGEN, de Francfort.

Il est de notion générale que la muqueuse du nez correspondant au côté sur lequel on se couche subit un gonflement que tout le monde explique par un afflux plus considérable du sang de ce même côté. Or c'est une opinion contre laquelle s'élève l'auteur, et cela pour des considérations physiologiques qu'il énumère. A son avis, c'est même le contraire qui se produit

souvent. Du reste, ajoute-t-il, on n'observera jamais ce gonflement ni d'un côté, ni de l'autre, tant qu'il n'existera pas de rhinite. En un mot, il croit qu'il s'agit là d'une action nerveuse qu'il ne pourrait expliquer, il est vrai, mais qu'il signale à l'attention de ceux que pourrait intéresser le sujet. (*Separat Abdr. aus der Deutsch. medic. Wochensch.*, 1887)

M. NATIER.

Du myxofibrome des choanes (*Ueber myxofibrome der Choanen*),
par le Dr SEIFERT (1).

On a, jusqu'à Hopmann, absolument confondu entre elles les tumeurs bénignes du nez : ce fut cet auteur qui, le premier, en établit une division en types divers. — Dans une première forme, on trouve des faisceaux de tissu conjonctif entrelacés, donnant eux-mêmes naissance à d'autres plus petits. Seifert présente des préparations en contradiction avec les recherches histologiques de Billroth. En effet, on n'y rencontre point de glandes, mais des lacunes remplies d'un serum albumineux, aucune trace de substance calcaire. Ce ne sont point là des kystes, car il leur manque une paroi : une fois, cependant, il a trouvé un kyste, il s'agissait alors d'un kyste par rétention. Il reconnaît aussi qu'il est parfois possible de rencontrer dans le pédicule des polypes, des glandes disséminées de ci de là. — Ces tumeurs ont leur point d'implantation sur les cornets supérieurs ou tout auprès. Ce n'est que très rarement qu'on les trouve implantés sur la cloison ou sur les cornets inférieurs.

Une deuxième forme de tumeurs comprend les *papillomes*. Ceux-ci sont implantés sur les cornets inférieurs, et donnent lieu à un écoulement catarrhal. Ils peuvent être constitués, soit par tumeurs à mailles lâches ou en forme de mûres, avec un large pédicule et des grains oedématisés, soit au contraire par des tumeurs denses et serrées, à grains durs, petits, avec petites papilles à la surface. Ils remplissent la partie inférieure des fosses nasales : jamais, comme Zuckerkandl, l'au-

(1) Druck und Verlag der Stadel'schen Univ. Buch. und Kunsthand. in Würzburg.

teurn'a eu l'occasion d'en constater isolément. Ces papillomes, dus à l'hypertrophie de la muqueuse nasale, sont formés aux dépens des acini glandulaires. Une seule fois, Seifert a trouvé un papillome de la cloison. — Les papillomes des cornets inférieurs peuvent donner lieu à de la migraine, du vertige, des accès de toux.

La troisième forme de tumeurs bénignes est constituée par une simple hypertrophie polypoïde de la muqueuse nasale. Tous les éléments de la muqueuse participent à l'hypertrophie, celle-ci siège sur les cornets inférieurs ou moyens. Les productions polypoïdes se distingueront aisément, à l'aide de signes fournis par l'auteur, des polypes naso-pharyngiens.

L'auteur termine sa communication en rapportant une observation de fibro-myxome avec preuves à l'appui, chez une jeune fille de dix-neuf ans. (*Aus den Sitzungsberichten der Wurzb. Phys.-med. Gesells.*, 1887. V. Sitz, vom 12 Februar 1887.)

M. NATIER.

NOUVELLES

Les praticiens de l'hôpital pour la gorge « de Golden square » à Londres, viennent d'installer des cours où MM. les étudiants pourront apprendre à reconnaître et à traiter les maladies de la gorge et du nez. Les cours sont disposés de manière à permettre aux étudiants de commencer à n'importe quel moment.

Les premiers cours ont lieu depuis le lundi 10 octobre et sont continués les mercredi et vendredi de chaque semaine à cinq heures de l'après-midi.

Le prix est de 52 fr. 50 par mois.

Les cours sont faits par MM. Wolfenden, Mac-Donald et Bend, médecins de l'hôpital.

NOUVEAU JOURNAL

Nous avons le plaisir d'annoncer la publication d'un nouveau journal, publié par le Dr Ruault, de Paris, sous le titre : *Archives de Laryngologie et de Rhinologie, et des maladies des premières voies respiratoires et d'accessories*.

Le premier numéro vient de paraître le 15 octobre dernier. La collaboration d'hommes éminents dans la science médicale, tels que MM. Bouchard, Verneuil, Cornil, Trélat, etc., assure à cette nouvelle feuille spéciale, un succès complet, auquel nous applaudissons, puisqu'il prouve le développement croissant que prend la spécialité dans notre pays.

ÉPIGLOTTITE CÉDÉMATEUSE CIRCONSCRITE PRIMITIVE

(*Angine épiglottique postérieure*) (1).

Par le Dr **ALBERT RUAULT**

Médecin-adjoint de l'institution nationale des Sourds-Muets,
chargé du service de la Clinique laryngologique.

Madame L..., âgée de vingt-six ans, ménagère, vint me consulter à ma clinique, dans le courant du mois de mars 1886, pour une affection de la gorge. Cette personne se plaignait d'une douleur coïncidant avec le deuxième temps de la déglutition, aussi bien lorsqu'elle avalait un aliment solide qu'un liquide ou même sa salive; et d'une sensation de gêne permanente, attribuée par la malade à «une boule qu'elle aurait eue dans le gosier». Cette sensation de corps étranger était assez gênante pour troubler le sommeil, sans toutefois causer de suffocation ni de strangulation. Ces symptômes s'étaient montrés quelques jours auparavant à la suite d'un refroidissement, et étaient devenus beaucoup plus intenses depuis l'avant-veille. La malade ne toussait pas, et l'examen de la poitrine ne faisait rien constater d'anormal; la voix était claire, il n'y avait pas de fièvre, l'appétit était bon et l'état général satisfaisant. Madame L... m'apprit que depuis l'âge de dix ou douze ans, elle avait toujours eu la gorge sensible, et qu'à plusieurs reprises déjà elle avait ressenti des symptômes analogues à ceux dont elle se plaignait actuellement, quoique bien moins accusés, mais elle ne put se rappeler si ces attaques antérieures étaient survenues à la suite de refroidissements. Elles avaient duré de quinze jours à trois semaines ou un peu plus, et avaient toujours abouti à une complète guérison. La santé était généralement bonne, et dans le passé pathologique de cette dame, on ne relevait absolument rien qu'une variole à l'âge de dix ans, et une métrite survenue il y avait deux ans environ et qui n'était pas encore tout à fait guérie. L'examen de la gorge permit de constater que le pharynx présentait quelques varicosités, et des granulations

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

adénoïdes disséminées, en petit nombre. Les parties latérales de la paroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs ne présentaient rien d'anormal. Les piliers antérieurs étaient manifestement plus rouges, mais sans tuméfaction. Les amygdales, peu développées, n'étaient nullement malades. A l'aide du miroir laryngien, je pus constater que les parties profondes du pharynx étaient également saines, ainsi que la plus grande partie du larynx, sauf l'épiglotte. En effet, la face laryngienne de celle-ci était occupée en entier par une tumeur arrondie, hémisphérique, à surface lisse et brillante, de couleur rose pâle, comme translucide, sillonnée de quelques varicosités. Comme l'épiglotte était procidente pendant la respiration et ne se relevait qu'au moment de la phonation, on voyait aisément que sa face antérieure était tout à fait saine, et que la tumeur commençait exactement à la lèvre postérieure du bord libre. Pendant les efforts de phonation, l'épiglotte se relevait suffisamment pour qu'on pût voir à certains moments l'angle antérieur des cordes vocales, et constater que la tumeur allait se confondre avec le tubercule de Czermak, sans dépasser cette région. Cette tumeur semblait nettement dépressible sous la sonde, et l'exploration avec le doigt, très facile en raison de la grande tolérance du pharynx et de l'absence totale de reflexes, donnait des renseignements analogues. Le toucher de la tumeur n'était pas douloureux.

En résumé, la tumeur offrait, objectivement, l'apparence d'un kyste de l'épiglotte exceptionnellement volumineux. Les symptômes, toutefois, ne s'accordaient pas complètement avec ceux qu'on observe d'ordinaire en pareil cas : il n'y avait pas de toux, pas de timbre sombré de la voix ; de plus, indépendamment de la sensation de corps étranger, il y avait au moment de la déglutition des phénomènes douloureux insolites ; enfin la marche rapide des accidents m'étonnait un peu. Néanmoins, comme la tumeur elle-même n'était pas sensible, j'attribuai la douleur ressentie en avalant à l'inflammation légère dont les piliers antérieurs étaient le siège, et m'arrêtai au diagnostic de kyste du larynx déjà ancien, qui avait vraisemblablement augmenté rapidement de

me depuis quelques jours, sous l'influence d'une angine émitante arrivée maintenant à sa période de déclin. En séquence, je me décidai à proposer immédiatement l'opération, et je plongeai profondément au point culminant de la tumeur un couteau laryngien; mais, à mon grand étonnement comme à celui des assistants, elle ne s'affaissa pas, et la plaie laissa échapper que quelques gouttes de sérosité et une très petite quantité de sang. Sans nul doute il ne s'agissait pas d'un kyste. La petite opération ayant été très douloureuse, au dire de la malade, je prescrivis un gargarisme morphiné et priai Madame L... de revenir me voir dans quelques jours.

Lorsque je revis la malade, il n'existait aucune trace de la ponction que j'avais pratiquée. L'épiglotte avait absolument le même aspect qu'au moment de mon premier examen; et la malade se plaignait toujours des mêmes symptômes. J'avais évidemment affaire à une tuméfaction œdémateuse, de nature inflammatoire; à une épiglottite œdémateuse circonscrite primitive, à marche subaiguë. Je pratiquai sur la région malade, après anesthésie par la cocaïne, une demi-douzaine de pointes de feu assez profondes à l'aide du galvano-cautère. Moins de huit jours après, la tuméfaction avait diminué de moitié, et une seconde application de pointes de feu fut pratiquée. La semaine suivante, l'épiglotte paraissait tout à fait normale; la sensation de corps étranger et la douleur à la déglutination avaient disparu. D'ailleurs le traitement galvano-caustique n'avait été suivi d'aucune réaction, et l'amélioration avait été presque immédiate. Le 17 avril, la malade vint me montrer son larynx pour la dernière fois, et je constatai que la guérison s'était maintenue.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue. L'histoire des œdèmes du larynx nous apprend, en effet, que les laryngites œdémateuses primitives, aiguës ou subaiguës, ne sont pas d'ordinaire limitées à l'épiglotte, et surtout à une des faces de cet opercule. Les exceptions à cette règle doivent être fort rares, bien que Voltolini ait observé, et Michel (de Colo.

gne) décrit, sous le nom d'angine épiglottique antérieure, une affection œdémateuse de nature inflammatoire qui atteint la face linguale de l'épiglotte. Mais elle ne se circonscrit pas toujours à cette région, et deux fois sur six Michel a constaté en même temps l'immobilité de la peau du cou sur le cartilage thyroïde, et de la sensibilité à la pression de la région antérieure du cou, comme s'il se fût agi d'une angine de Ludwig au début. Quant à la maladie dont je viens de citer une observation, et qu'il faudrait appeler *angine épiglottique postérieure* si l'on en signalait de nouveaux cas, je n'en connais pas d'autre exemple, et M. Charazac, dans son excellent travail sur l'œdème du larynx, ne mentionne aucun fait de ce genre. Les épiglottites consécutives à des brûlures produites par des liquides bouillants, observées surtout par les auteurs anglais chez des enfants ayant bu au bec de la théière, s'accompagnent d'œdème, mais généralement l'épiglotte est œdémateuse en totalité, et cet œdème s'étend toujours aux replis ary-épiglottiques. Il en est de même dans l'épiglottite phlegmoneuse, maladie rare, dont M. Frédet a publié en 1883 une intéressante observation. Toutefois, l'examen laryngoscopique est si rarement pratiqué chez les malades semblant atteints d'angines inflammatoires légères, qu'on est en droit de se demander si une observation plus attentive ne pourrait pas permettre de constater de temps en temps des faits analogues à celui que je viens de rapporter. Il faudrait alors éviter de commettre l'erreur dans laquelle je suis tombé moi-même, et, malgré l'aspect de la lésion, ne pas se hâter de conclure à l'existence d'un kyste épiglottique. La marche de la maladie, et surtout la *douleur* à la déglutition, constitueraient les éléments les plus importants du diagnostic différentiel. On devrait également se rappeler que les kystes épiglottiques sont d'ordinaire de dimensions moindres, et siègent plutôt près du bord libre. Les résultats très satisfaisants que j'ai obtenus du traitement galvanocaustique m'engagent à le recommander, en pareil cas, de préférence à tout autre.

LÉSIONS DE L'APPAREIL AUDITIF ET TROUBLES PSYCHIQUES (1),

Par le Dr M. LANNOIS, agrégé à la Faculté de Lyon.

Je désire vous entretenir un instant d'une série de recherches que j'ai entreprises sur les rapports qui existent entre les maladies de l'appareil auditif et les troubles psychiques, notamment les hallucinations. Malheureusement j'ai été surpris au milieu de mon travail par l'annonce de votre réunion et je ne puis vous apporter de résultats complets et définitifs.

Une évolution s'accomplit depuis quelques années dans le domaine de la pathologie mentale. A côté de ceux qui croient encore que la mémoire et l'imagination jouent le principal rôle, le rôle essentiel, dans les affections psychiques et les vésanies, le nombre augmente tous les jours des auteurs qui attribuent une part prépondérante, dans la genèse des hallucinations et des troubles mentaux, aux altérations organiques les plus diverses. « On doit bien se persuader, disait M. A. Voisin, en 1876, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, que la folie a le plus souvent une origine somatique, » et depuis cette époque de nombreuses observations confirmatives de cette opinion ont été publiées.

Si cette assertion est vraie, comme je le crois pour ma part, et si les folies sensorielles sont aujourd'hui indiscutables, on peut dire *à priori* que les lésions de l'organe de l'ouïe doivent avoir une valeur étiologique de premier ordre, et cela pour les deux raisons suivantes : l'importance du fonctionnement normal de l'audition au point intellectuel de vue et la prépondérance des troubles subjectifs de l'ouïe dans les maladies de l'oreille.

Sans remonter, en effet, jusqu'à Théophraste et à Plutarque qui disaient déjà que l'ouïe est de tous les sens celui qui donne le plus facilement entrée aux passions,

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie. séance du 27 octobre 1887.

on peut dire que la plupart des psychologues modernes sont d'accord sur ce point : c'est l'ouïe qui nous fournit les notions de l'ordre le plus élevé, les idées abstraites. L'intelligence reste toujours un peu restreinte chez ceux qui n'entendent pas la parole, chez beaucoup de sourds-muets par exemple, et c'est en se plaçant à ce point de vue que M. Ball a pu formuler cet axiome : « L'ouïe est le plus intellectuel de tous les sens. »

Aussi bien l'état mental des sourds a-t-il depuis longtemps attiré l'attention des observateurs. Vous connaissez tous ces malades qui se plaignent amèrement de leur état mental, de leur incapacité cérébrale, de l'impuissance dans laquelle ils se trouvent de faire le moindre effort, le moindre travail de tête, dont l'intelligence est voilée, dont la mémoire se perd, dont le caractère s'aigrit et qui finissent par devenir un fardeau pour leur entourage comme pour eux-mêmes. Tous les otologistes ont décrit cet état dont un tableau aussi net qu'instructif se trouve dans le livre classique de M. Gellé. Souvent on voit survenir des accès, soit de lypémanie (V. Tröltsch), soit d'agitation maniaque, surtout chez les enfants, comme MM. Bouchut, Ménière, Gellé, etc., en ont signalé et comme M. Pierret m'en citait encore récemment un exemple.

La simple privation du sens si important de l'ouïe peut-elle suffire pour produire par elle-même la déséquilibration des facultés intellectuelles et amener la vésanie ? La chose ne paraît pas impossible, mais je crois qu'il faut surtout faire intervenir ici les sensations subjectives qui jouent un si grand rôle dans la pathologie auriculaire. Ce n'est pas un paradoxe en effet de dire que les sensations subjectives, et au premier rang les bourdonnements avec leurs modalités si diverses, sont plus importantes de beaucoup que la surdité elle-même. Il faut y ajouter la possibilité du vertige de Ménière et parfois même les crises convulsives plus ou moins complètes de l'épilepsie *ab aure læsâ*.

Si les bruits subjectifs se produisent chez un sujet sain, l'intelligence réforme plus ou moins rapidement l'erreur sensorielle. Ce serait ici le cas de citer tous les exemples de grands hommes ayant eu des hallucinations, comme Socrate conversant avec son démon familier, comme le Tasse, comme Tartini écrivant sa fameuse sonate sous la dictée du diable. En dehors de ces faits classiques, je pourrais rappeler le prof. Urbantschisch entendant plusieurs jours de suite le chant du grillon tandis qu'il était à la campagne et ne s'apercevant de son erreur qu'à son retour à la ville; l'histoire d'une malade de la thèse d'agrégation de mon ami Weill, qui demeurant à côté d'une gare, croyait à chaque instant entendre siffler des trains; ou encore l'erreur du médecin qui, préoccupé d'un de ses clients, croit entendre sa sonnette de nuit et est obligé de l'aller regarder pour s'assurer qu'elle n'a pas tinté, etc. Il y a là quelque chose d'analogue aux faits si intéressants qui ont été décrits sous le nom d'hallucinations hypnagogiques.

On n'est pas nécessairement fou parce qu'on a des hallucinations de l'ouïe, et vous savez combien cette question a soulevé d'ardentes discussions. Qu'il me soit permis de citer ici un fait bien connu et qui vient à l'appui de ma thèse : c'est celui des hallucinations de Luther. Luther qui toute sa vie discuta avec le diable, qui entendait l'esprit malin casser des noix et rouler des tonneaux dans les escaliers, Luther fut toute sa vie tourmenté par des vertiges et des bourdonnements d'oreilles extrêmement pénibles qu'il décrit avec beaucoup d'énergie (*bombus*, *tinitus*, *sonnitus*) et qui le mettaient dans un tel état qu'il leur eût préféré toutes les maladies y compris la gale; il eut à de nombreuses reprises des abcès dans les oreilles et lorsqu'il mourut il y avait longtemps qu'il était presque complètement sourd.

Mais au lieu d'un sujet sain, supposez un individu prédisposé, soit héréditairement, soit par une cause de

débilitation quelconque, et les sensations subjectives auriculaires vont prendre chez lui un développement exagéré : notre malade va devenir un délirant persécuté.

Cette étude des rapports des maladies de l'oreille avec les troubles psychiques, pour n'avoir pas beaucoup passionné jusqu'à ce jour, n'est pas cependant sans avoir tenté quelques observateurs. En France on peut dire que la première notion en revient à M. Calmeil, qui observa le premier cas d'hallucinations unilatérales et établit ainsi l'intervention sensorielle dans la production de l'hallucination et de la folie, intervention que l'on trouve d'ailleurs indiquée comme nécessaire dans l'*Essai sur les Hallucinations* (1836) d'un médecin de l'Antiquaille, Bottex : pour lui, en effet, on pourrait guérir certaines aliénations mentales en faisant disparaître l'affection locale « qui les avait occasionnées ou entretenues ». Les guérisons, si bien connues de vous, obtenues par le traitement local d'une affection de l'oreille par Régis, Ball, Mabile, Rhyss-Williams, etc., sont venues confirmer victorieusement cette manière de voir. Sans vouloir faire un historique complet, je citerai dans le même ordre d'idées quelques passages de la thèse d'agrégation d'Alb. Robin et une excellente thèse, inspirée par M. le prof. Pierret, soutenue à Lyon par M. P. Robin (1884). Quant au mémoire de M. Luys, en 1875, il est conçu dans un ordre d'idées tout différent, puisque l'auteur cherche surtout quelle peut être l'influence de l'aliénation mentale sur le développement de la surdité.

A l'étranger, je n'aurai garde d'oublier, en Angleterre, Toynbee et Catlett; en Allemagne, Koppe et Schwartz qui, en 1866, à Halle, recherchèrent l'influence des sensations subjectives de l'ouïe sur le développement de l'aliénation mentale; et Schläger et Jaffe qui, en 1870, examinèrent avec Gruber 31 aliénés atteints d'affections de l'oreille chez lesquels 27 fois la lésion de l'oreille avait précédé le trouble psychique. Il faut citer plus récemment un mémoire du prof. Fürstner.

C'est à une série de recherches analogues que je me suis livré, à l'asile de Bron, dans le service du prof. Pierret que je suis heureux de remercier ici de ses précieux conseils et de sa bienveillance à mon égard. Le nombre des aliénées que j'ai examinées s'élève à 45, qu'il faut diviser en deux catégories très nettes : 1° les malades manifestement sourdes; 2° les malades qui m'étaient données comme simplement hallucinées.

Le premier groupe comprend 19 malades : sur ce nombre j'en ai trouvé 4 qui étaient sourdes sans hallucinations, et 15 avec hallucinations. La surdité dans ce cas était variable, mais toujours assez forte : comme lésions, à côté des scléroses de la caisse, toujours les plus fréquentes, j'ai trouvé des lésions très dissemblables : une otorrhée chronique, des plaques calcaires, une adhérence du tympan au promontoire, etc. Ces cas viennent seulement confirmer un fait bien connu, à savoir, que les sourds peuvent avoir des hallucinations : depuis longtemps on en cite des exemples dont le plus fameux est celui de Beethoven ; on peut y ajouter cet ecclésiastique de Calmeil qui croyait que l'archange Saint Michel venait lui dicter des sermons et des vers et ce musicien de Tröltzsch qui entendait toujours la même sonate, son premier succès.

Le deuxième groupe me paraît plus important. Il s'agissait là de malades considérées comme de simples hallucinées ou que j'ai examinées dès leur entrée pour connaître l'état de l'audition chez elles. Il comprend 26 cas ; sur ce nombre j'en ai trouvé 14 qui avaient des lésions de l'oreille et 12 chez lesquelles les hallucinations existaient sans trouble de la fonction et de l'appareil de l'ouïe.

Ainsi donc, dans *plus de la moitié des cas* j'ai trouvé des lésions auditives chez les hallucinées ; c'est un chiffre auquel, je l'avoue, j'étais loin de m'attendre. Je tiens donc essentiellement à faire remarquer que c'est un chiffre provisoire et que j'ai eu affaire à une catégorie

spéciale de malades, à des femmes. Je continue cette recherche et il se peut que je n'aie eu affaire qu'à une série. Mais il me sera cependant permis de faire remarquer que même avec cette restriction ce chiffre est considérable. Comment peut-on se l'expliquer? De deux manières : d'abord la notion de la folie sensorielle n'est pas encore suffisamment entrée dans la pratique courante pour qu'on examine avec soin dans tous les cas les divers organes des sens. Mais c'est une raison insuffisante pour les services où les examens sont rigoureux et je n'ai pas besoin de dire que celui qui m'a été ouvert est dans ce cas. La seconde raison doit être cherchée dans ce fait que les malades dont je parle présentent dans la grande majorité des cas des symptômes de dépression et de lypémanie : ils ont souvent la tête obstinément baissée, ne regardent pas le médecin qui les interroge, ne répondent pas à ses questions : on met ce mutisme sur leur état psychique alors que cela tient simplement à ce qu'ils n'ont pas entendu. D'autre part vous savez avec quelle facilité une surdité moyenne ou unilatérale peut passer inaperçue.

Chez ces malades comme chez ceux de la première catégorie j'ai trouvé des lésions très diverses, et sur les 14 cas en question je n'en ai trouvé qu'un où la lésion fût unilatérale; elle était d'ailleurs légère.

La question importante serait maintenant de déterminer laquelle a débuté, de la lésion de l'oreille ou de l'affection mentale : il faut reconnaître que le plus souvent la tâche est difficile. J'ai cependant pu déterminer plusieurs fois avec certitude que l'affection auditive était antérieure. C'était le cas par exemple chez la nommée Bin..., chez laquelle la surdité a débuté brusquement, en 1880, à la suite d'un refroidissement, tandis que les troubles psychiques qui la firent renfermer quelques mois après se montrèrent seulement en 1881. Elle entend des voisins qui viennent l'injurier toutes les nuits et présente une sclérose très nette des deux caisses avec perte de l'audi-

tion de la montre même au contact; après l'ablation d'un bouchon de cérumen quelques séances de cathétérisme lui rendirent 15 à 20 cent. d'audition (montre), et aujourd'hui elle va mieux, les hallucinations nocturnes paraissent moins fréquentes. Une nommé Gaut..., qui présente du délire de persécution avec excitation maniaque et qui a des hallucinations des deux côtés eut, en 1880, des douleurs d'oreilles très vives avec maux de dents et s'introduisit dans l'oreille gauche une fleur de camomille qui y était encore au moment de mon examen et que je retirerai. Depuis cette époque, surdité assez nette, bourdonnements, etc.; or, les premières manifestations psychiques n'ont paru qu'un an après. Une nommée Frar..., atteinte de délire religieux avec des périodes où elle a des impulsions irrésistibles, présente une surdité considérable qui remonte à l'âge de huit ans, époque à laquelle on essaya de lui pratiquer une autoplastie pour fissure de la voûte palatine. Une autre, Delc..., est dans le même cas et, depuis une variole, à l'âge de six ans, a eu de fréquentes otites suppurées. Lev... a eu la fièvre typhoïde à dix-huit ans et depuis cette époque elle est sourde (la lésion semble nerveuse) et mégalomane.

Je pourrais en ajouter d'autres, mais ces exemples me paraissent suffisants et je me réserve d'ailleurs de les publier tous ultérieurement en détail.

Comment établir et expliquer la relation entre les troubles mentaux et la lésion de l'oreille? A vrai dire, la chose est difficile, et la question n'a pas encore été résolue d'une façon satisfaisante : dans certains cas, la lésion de l'appareil auditif a déterminé du côté du cerveau ou de ses enveloppes, des lésions secondaires grossières. En dehors de ces faits, on a invoqué une augmentation de la pression intra-cérébrale (Fürstner), des troubles réflexes ou des actes d'inhibition, etc. Le plus souvent, il ne s'agit là que des vues de l'esprit et, au risque de restreindre la question, je crois pour ma part devoir attribuer un rôle prépondérant aux sensations subjectives

agissant sur un cerveau prédisposé et faussement interprétés par lui. Un malade a pendant longtemps un ou plusieurs de ces bruits qu'on a comparés au bruissement de l'eau bouillante, au mugissement d'une chute d'eau, au bourdonnement d'un essaim d'abeilles ou d'une coquille appliquée contre l'oreille, au bruit du vent sur les feuilles, au tintement d'une petite cloche ou à la vibration d'une grosse cloche, au roulement d'un train, au bruit d'un moulin, au chant d'un grillon ou d'une cigale, etc., etc.; et, au début, ils les apprécie à leur juste valeur. Mais bientôt l'interprétation délirante fera son apparition : les bruits de pas lui feront peur, les murmures deviendront des chuchotements, des mots inarticulés, des injures ou des menaces. Un pas de plus, les mots se groupent et forment des phrases, et, si notre malade les écoute longtemps sans rien dire, il peut arriver cependant qu'un jour il réponde, et dès lors le monologue est remplacé par le dialogue; et celui-ci fera place lui-même à cet état singulier, qui est le summum de l'hallucination et qu'on appelle le dédoublement de la personnalité. Et cela parce qu'il existe des relations évidentes entre le centre de la perception auditive et les foyers de la parole, entre le centre des images des mots et les centres de l'articulation, entre le centre des souvenirs auditifs et des centres plus élevés encore de l'idéation, et que, l'affaiblissement intellectuel aidant, on conçoit facilement la possibilité d'irradiation des uns sur les autres.

Le trouble intellectuel, je le répète encore, est essentiel dans la production du phénomène, et la lésion de l'oreille ne joue que le rôle de cause déterminante : sans cela toutes les lésions irritatives du nerf acoustique devraient donner des hallucinations.

J'ai pu récemment observer un cas qui me semble absolument confirmer cette manière de voir. Il s'agissait d'une jeune fille de douze ans, habitant un village de l'Ardèche, grande pour son âge et bien développée,

réglée depuis près d'un an, mais irrégulièrement. Elle est absolument sourde et on ne peut correspondre avec elle que par l'écriture. La surdité se serait installée lentement depuis quatre ou cinq ans; elle n'a fait aucune maladie à cette époque, et la mère n'indique, comme maladie de l'enfance, que la rougeole et la variole (?) bénigne. Cette fille répond nettement aux questions qu'on lui écrit et ne paraît présenter aucun trouble intellectuel. Elle entend mon diapason à un ou deux centimètres de l'oreille, et la transmission osseuse n'est pas abolie. Elle a des bourdonnements presque continus, ressemblant à un ronflement ou à un bruit de cascade.

Elle entend des voix, et cela dans une seule circonstance : elle aime beaucoup la lecture, réfléchit à ce qu'elle a lu, et entend alors une voix qui lui dit nettement ses propres pensées. Étonné de trouver des troubles aussi accusés à un âge aussi peu avancé, j'interrogeai le père et appris qu'il avait été aliéné et enfermé à deux reprises dans un asile; la seconde fois il y avait fait un séjour de neuf mois. N'est-ce pas là la clef du mystère, et n'est-on pas autorisé à porter un pronostic fâcheux pour l'avenir de cette enfant si, comme cela est à craindre, on n'apporte pas remède à l'état si grave de ses deux appareils auditifs?

Je sais bien qu'on me reprochera de faire dans tout ceci une confusion entre les *hallucinations* et les *illusions*, l'hallucination étant la perception d'une sensation sans objet extérieur, tandis que l'illusion est une erreur sur une sensation réellement existante. L'halluciné de l'ouïe entend des sons qui ne se sont pas produits, l'illusionné entend un vrai bruit, mais se trompe sur sa signification. C'est ce que Lasègue, avec son rare bonheur d'expression, a traduit en disant : « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. L'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle la brode. L'hallucination invente de toutes pièces; elle ne dit pas un mot de vrai. » En réalité, lorsqu'on descend dans la pratique, la différenciation est souvent bien difficile : j'applique un

diapason sur le front de Lev..., etimmédiatement celle-ci se met à rire, car le diapason lui a ditqu'elle avait raconté tout à l'heure des «bêtises», et elle entre en conversation avec lui. Jolly prétend avoir déterminé de véritables hallucinations chez des aliénés en leur appliquant sur les oreilles les pôles d'une pile. M. Ball, dans ses *Leçons sur les maladies mentales*, a d'ailleurs réfuté cette objection et est arrivé à cette conclusion qu'«il n'existe aucune différence fondamentale entre les hallucinations et les illusions »; pour lui la plus grande partie, sinon la totalité des hallucinations, ne sont que des illusions internes. Je renvoie à son livre pour la démonstration.

On s'est aussi retranché derrière un faux-fuyant en cherchant des distinctions subtiles et arbitraires entre les hallucinations par lésion organique et les hallucinations considérées comme pures. Les hallucinations organiques, a-t-on dit, sont moins intenses et moins compliquées; ce sont des cris inarticulés, des lambeaux de phrases plus ou moins incohérentes. Les hallucinations vraies, au contraire, sont beaucoup plus compliquées et développées; elles sont en rapport constant avec la forme du délire et se développent toujours dans le sens de celui-ci. C'est une opinion de ce genre qu'a soutenue M. A. Robin. Les faits démontrent que si cette différenciation est juste dans un grand nombre de cas, et surtout lorsqu'on considère l'hallucination d'origine auditive chez des individus à cerveau relativement sain, elle est sujette à de nombreuses exceptions. Il me suffira de rappeler le cas déjà cité de Régis, dans lequel le malade avait des hallucinations limitées au côté où il portait une vieille otorrhée : l'hallucination avait bien ici atteint son maximum, puisqu'on volait au malade ses pensées pour les lui répéter et qu'il en était arrivé au phénomène de l'écho et au dédoublement de la personnalité. Je suis convaincu que plusieurs de mes malades étaient dans le même cas.

La statistique encore incomplète que j'ai produite et

les faits que j'ai signalés ont une grande importance, on le conçoit, au point de vue de la théorie générale des hallucinations. Ils sont en faveur de la théorie de l'hallucination sensorielle et périphérique, mais seulement dans une certaine mesure ; car, en tenant compte de l'atteinte nécessaire, héréditaire ou acquise, des facultés intellectuelles, on se trouve ramené à la théorie mixte psycho-sensorielle de Baillarger. Il va de soi que toutes les hallucinations de l'ouïe ne sont pas fatalement liées à une lésion de l'oreille elle-même : j'ai cité plus haut une série d'hallucinées chez lesquelles les fonctions auditives étaient normales. Par contre, on peut concevoir sans difficulté que l'appareil auditif considéré dans son ensemble, depuis sa partie la plus périphérique jusqu'au centre de la mémoire des mots et de l'idéation, puisse être lésé à l'un quelconque de ses étages (nerf, bulbe, fibres intra-cérébrales, écorce, fibres d'association des divers centres), et donner lieu ainsi à des troubles hallucinatoires plus ou moins compliqués. Le fait, quoique hypothétique à l'heure actuelle, est cependant vraisemblable.

Je n'ai pas parlé du traitement parce que je voulais seulement aujourd'hui vous apporter une statistique. D'ailleurs, personne ne met en doute qu'on puisse guérir une hallucination en supprimant sa cause. Il est cependant important de se hâter, car c'est au début seulement qu'on aura des chances de réussir. Plus tard, la psychose est installée, les modifications dans les cellules ont pris pied et rien ne les fera plus disparaître. Il est curieux de noter à ce point de vue la possibilité de l'irradiation hallucinatoire ; le trouble psychique d'abord limité au côté malade dans le cas de lésion unilatérale devient double même alors que l'oreille de l'autre côté reste indemne. J'en ai vu un exemple. Une malade, la nommée Vin...(Jeannette), a une sclérose légère du côté droit, avec une surdité assez nette que le cathétérisme a d'ailleurs améliorée ; pendant longtemps elle a eu des hallucina-

tions limitées à droite, et elle faisait à chaque instant avec la main le geste de chasser les gens qui venaient la tourmenter, en parlant près de son oreille droite. Aujourd'hui les hallucinations se sont généralisées, et elle entend des voix des deux côtés : l'ébranlement psychique s'est transmis d'un hémisphère à l'autre, et les troubles psychiques ne paraissent plus devoir céder. Il est donc important d'intervenir au début.

De cette communication préliminaire et encore incomplète, je crois pouvoir déjà tirer les deux conclusions suivantes :

1° Les lésions de l'oreille sont fréquentes chez les aliénés et, dans un nombre de cas dont l'importance reste à déterminer, elles jouent un rôle important dans la production des hallucinations et des troubles psychiques ;

2° En présence d'un malade atteint d'hallucinations de l'ouïe, il faut toujours examiner les oreilles, car, dans le cas d'examen positif, un traitement approprié et pratiqué en temps opportun est capable d'amener la guérison.

LEUCOCYTHÉMIE. — DÉBUT PAR DE LA SURDITÉ ET DE LA PARALYSIE DE LA FACE (1)

par le Dr GELLÉ.

Les observations de leucocythémie, sans être communes ne sont point rares ; aussi, si je publie ce nouveau fait, c'est à cause des particularités remarquables de son début, telles que l'affection a été longtemps méconnue, ou mieux, impossible à connaître. En effet, les deux manifestations symptomatiques initiales ont été un certain degré de surdité et surtout une hémiplégie faciale gauche, précédant de deux mois les engorgements ganglionnaires, mais correspondant cependant, à l'insu du sujet et de ses proches et du médecin, avec l'apparition d'un groupe de tumeurs sous-cutanées indolentes sur la

(1) Communication faite à la Société française d'otologie, séance du 27 octobre 1887.

région lombaire, dont l'existence, à cette date, n'a été annoncée que plus tardivement par le malade. On conçoit que le clinicien ne pouvait supposer que son malade fût menacé de cette maladie, à la simple apparition d'une paralysie faciale. Cette allure insidieuse de la leucocythémie a été bien constatée par les observateurs (Isambert, Jaccoud). L'affaiblissement de l'ouïe et les troubles auditifs ont été notés. C'est ainsi que sur 32 faits relevés par Vidal, trois fois on a trouvé de la dureté de l'ouïe et même de la surdité. Isambert, au travail duquel j'emprunte ces chiffres, a fourni un relevé personnel de 41 autres observations de leucocythémie, dans lesquelles, quatre fois, on a constaté de la surdité ou des troubles de l'audition (7 sur 73 cas, 1/10) (Obs. de Blache, 1885; de Ramberger, 1856; de Mulder, 1860). Isambert ajoute qu'on ignore si cette surdité tient à quelque lésion anatomique ou seulement à la faiblesse générale des malades si gravement prononcée dans cette affection (Isambert. *Dict. Sc. méd.*, t. II, 2^e série, 1^{re} partie, p. 311, 1869). « Nous ne connaissons, dit cet écrivain, aucune recherche anatomique sur l'oreille interne, bien que la surdité ait été notée assez souvent chez les sujets leucoythémiques. » On sait qu'il n'en est pas de même pour l'œil et la rétinite leucocythémique a fait l'objet de travaux sérieux (Poncet, etc.).

D'autrepart, Trousseau, insistant sur la part qui revient dans l'origine des accidents ganglionnaires, dans l'adénie, aux lésions des muqueuses et de la peau, cite à l'appui de son opinion quatre cas où l'engorgement ganglionnaire primitif survenu dans les ganglions sous-maxillaires, avait eu pour point de départ, tantôt une tumeur lacrymale, ailleurs un coryza, ailleurs encore une otorrhée. Jaccoud, dans l'excellent article Leucocythémie de son dictionnaire, mentionne aussi les vertiges et les bourdonnements d'oreilles comme accidents observés dans cette maladie. Quel est le mode pathogénique de ces troubles auriculaires? Une grande partie de la symptomatologie de la leucocythémie se compose de douleurs

locales, contusives, qui se rapprochent au dire d'Isambert, par leur caractère, des effets de la compression ; c'est de la gêne plus que de la douleur ; cependant celle-ci existe surtout sur le trajet des nerfs comprimés par un développement rapide ou énorme des masses ganglionnaires. C'est en effet à l'apparition des tumeurs de sièges les plus divers que se rapportent les accidents véritables de compression. Ainsi, mieux que par toute autre raison, s'explique aussi ce symptôme du début dans l'observation que je vais lire, la paralysie faciale, alors que rien n'appelait encore l'attention du côté des viscères ni des ganglions, et qu'il n'y avait nulle raison de penser à la possibilité d'une leucocythémie.

On comprendra mieux encore la pathogénie des troubles de l'ouïe au début, et celle de cette hémiparésie faciale, si l'on se rappelle les études de Mosler sur les stomatites et les pharyngites leucémiques et si l'on pense à la fréquence de la leucémie amygdalienne ; on a vu aussi que Trousseau faisait ici dériver les envahissements ganglionnaires de l'affection primitive des muqueuses de la gorge et des gencives.

La symptomatologie générale de la leucocythémie se compose en grande partie des accidents de compression dus au rapide développement des glandes hypertrophiées, qu'il s'agisse d'un nerf, d'un plexus ou d'un vaisseau, et à des suffusions sanguines constatées dans les autopsies. Par le fait de son trajet dans l'aqueduc de Fallope, quel nerf est plus susceptible d'être comprimé que le facial ?

Un des premiers symptômes d'une tumeur leucocythémique de l'orbite est l'exophtalmie ; une tumeur située sur le trajet du facial causera promptement la paralysie unilatérale. Dans la pathogénie des troubles auditifs dans cette affection, il existe, sans doute, plus d'un mode : compression du nerf, œdème, ou suffusion sanguine, suivant l'époque du début de cette complication ; la faiblesse extrême suffit, à la fin, pour tout expliquer.

•

Dans notre cas, l'aggravation a été observée dès le début, à tel point que l'apparition de la paralysie faciale donna l'idée d'une gomme intra-cranienne, et que le traitement ioduré fut institué dès l'abord.

Je rappellerai tout à l'heure que l'otorrhée avait été signalée par Trousseau; c'est aussi chez un sujet atteint d'otorrhée, que Politzer a trouvé la curieuse lésion de l'oreille interne dont il a communiqué les pièces et les préparations, avec les dessins, au Congrès de Bâle, 1884. Une tumeur manifestement leucémique avait envahi le limaçon, écrasé et détruit une grande partie des rampes sensorielles. Le malade mourut de leucémie généralisée.

Ce sujet, on se le rappelle, devint sourd en une nuit, avec bourdonnements d'oreilles et vertiges; et cet accident advint au début de la maladie leucémique qui l'emporta; la lésion fut rapportée aussi à la syphilis, et le développement du ventre, du foie et de la rate, et l'œdème général, l'affaissement extrême des forces vinrent plus tardivement éclairer le diagnostic.

Cette belle observation, avec pièce à l'appui, est venue à propos, combler le desideratum signalé par Isambert; aujourd'hui, la leucocythémie a été constatée dans l'oreille interne. (Poltzer, compte rendu du Congrès d'otologie de Bâle, 1874. *Affection leucémique du labyrinthe.*) Voici mon observation.

OBSERVATION. — *Surdité gauche. Paralysie faciale gauche. Leucocythémie.* — M. Lagr..., cinquante-huit ans, ferblantier, est mon client depuis quinze ans, et, à part quelques douleurs rhumatismales passagères, je n'ai jamais eu à lui donner des soins pour une maladie sérieuse. Travailleur, sobre, heureux dans son commerce; rougeaud de figure, il est devenu gras par suite de son existence sédentaire. Il habite, la plus grande partie du jour, une sorte de sous-sol très profond, disposé en atelier, où il travaille à couper et à souder les plaques de fer étamées. Ce sous-sol est froid et humide, et ne voit jamais le soleil.

J'ajouterai que M. X... a fait élever au-dessus un petit logement d'un étage, très étroit, qu'il a habité presque immédiatement, sans précaution aucune. Au point de vue étiologique de l'affection, on sait que tout cela a de l'importance et a été souvent indiqué par les auteurs.

Depuis dix à douze ans, M. Lag... n'a pas eu d'attaque de rhumatisme.

Au milieu d'une santé apparente bonne, M. Lag... s'aperçoit qu'il devient dur d'oreille, à gauche surtout; il éprouve de ce côté une gêne plus qu'une douleur véritable et plutôt autour de l'oreille et sur la joue que dans le fond du conduit; cependant il a ressenti quelques élancements dans la tempe et le long de la mâchoire et des battements passagers dans l'oreille même. Peu de temps après, le 22 août 1884, il constate qu'il ne peut fermer l'œil gauche et qu'il a de la peine à empêcher le manger de lui sortir de la bouche par la commissure gauche.

Consulté alors, je trouve une paralysie faciale très nette, complète. Le voile du palais a conservé ses mouvements. L'œil gauche reste ouvert, le front est plat, sans ride à gauche, et au moindre effort de parole la bouche se porte à droite, etc.; il existe une sensibilité un peu exagérée de tout le côté gauche de la face et de l'endolorissement surtout autour de l'oreille.

Rien aux dents ni à la gorge, ni dans les narines.

La montre est entendue à 4 centimètres à gauche; le tympan est clair, translucide, laisse voir l'enclume dans le 1/4 supéro-postérieur; il se meut facilement à valsalva; triangle lumineux net, pas de bourdonnement.

Le malade se soulage en appliquant sur la joue des cataplasmes bien chauds. Sa femme remarque que depuis très longtemps l'oreille droite est peu utile à son mari, et qu'il a eu toujours l'ouïe dure de ce côté; l'état scléreux de cette oreille est expliqué. La paralysie faciale est rapportée à un refroidissement banal.

Le traitement fut en général fort mal supporté (iodure de potassium, une mouche volante au bas de l'apophyse mastoïde);

enfin l'électricité (courants induits) a été appliquée très doucement et méthodiquement sans grand résultat pendant plus de six semaines.

L'électrisation a toujours été extrêmement douloureuse, bien que de courte durée et à courant très faible; elle semblait causer une secousse générale au malade, très courageux cependant; ceci est noté plusieurs fois dans l'observation.

Les bains chauds de la face, les cataplasmes chauds sont, au dire du sujet, ce qui lui a été le plus utile.

Deux mois après, l'œil a pu se fermer; les contorsions de la bouche ont peu à peu disparu, mais tout le côté de la face a paru au malade rester raidi et sensible. Cette sensibilité anormale a été le phénomène curieux de cette hémiplegie faciale. Aucun signe d'hyperexcitabilité de l'organe de l'ouïe.

Le sujet est cependant tourmenté déjà par de l'insomnie fréquente et par un état de faiblesse qu'il ne peut s'expliquer.

En même temps d'autres malaises d'abord vagues, puis plus caractérisés se montrent : ce sont des crampes douloureuses dans les mollets; de l'engourdissement des membres inférieurs, une sensation de raideur, des mouvements involontaires, des sauts de la jambe; des refroidissements des deux membres inférieurs, et des douleurs véritables dans les reins et la région sacro-coccygienne, laissant après elles une grande faiblesse musculaire.

De l'insomnie avec cauchemars et des accès de fièvre irréguliers tourmentent aussi le malade, chaque jour avec plus de ténacité.

Cet état de malaise et de souffrances variables durait depuis plusieurs nuits, même avant l'aggravation de la surdité et l'apparition de la paralysie faciale; mais on l'a toujours expliqué par l'existence de rhumatismes erratiques.

Il en est de même d'un état douloureux des gencives et des dents et d'une odeur souvent désagréable qui a existé par intervalles à la même époque, mais le malade n'attachait à tout cela qu'une médiocre importance, et n'en a parlé qu'une fois le diagnostic confirmé, et après interrogation.

Au milieu de septembre, la femme de Lag... vient me dire qu'il ne peut se transporter chez moi, à ma consultation, tant il a de faiblesse dans les jambes; déjà il y est venu après s'être reposé sur les bancs de l'avenue, tant il se sentait incapable de marcher; or, il y a dix minutes à peine de chemin de chez lui à mon cabinet.

Cet affaiblissement musculaire si rapidement accentué n'ayant à mon sens aucun rapport avec la paralysie de la face, je fais coucher le malade et je le vois au lit.

Il est démoralisé, affaîssé; il a de la peine à se tourner de côté et arrive avec grande difficulté à me montrer ses lombes et la région dorsale; on dirait qu'il est frappé de paraplégie incomplète; la sensibilité existe et la vessie se vide à volonté; les jambes sont soulevées à volonté; mais pour se rouler de côté, c'est tout un travail; je n'aperçois de la faiblesse musculaire des bras et du tronc.

Voici pourquoi je faisais tourner le malade :

En l'examinant, j'avais trouvé au pourtour du nombril un groupe de 5 ou 6 petites grosseurs, du volume d'une aveline à peu près, indolores, incolores, sous-cutanées, roulant sous le doigt, saillantes en boule, sans coloration ni vaisseaux; elles existaient seulement depuis quelques jours. Il en était venu une d'abord, puis plusieurs qui ne grossissaient plus une fois qu'elles atteignaient la grosseur d'une noisette. Mais, ce qui est très important, j'appris alors que, depuis trois ou quatre mois au moins, il s'était développé un groupe de tumeurs semblables sur la région lombaire, au niveau de la ceinture. Ces grosseurs indolores ne l'avaient pas préoccupé autrement et il n'en avait jamais parlé.

(Décembre 1884.) C'est alors que je palpai le foie, la rate, que je trouvai manifestement gonflés mais bien au-dessous du volume atteint par la suite.

Je trouvai les gencives légèrement odorantes et fongueuses en bas et à droite surtout.

Il y a de l'inappétence; et une insomnie persistante qui résiste à l'opium et au chloral; parfois des sueurs extrêmement abondantes pendant la nuit.

(Janvier 1885.) Bientôt apparaissent des douleurs vives à crier, avec raideur des doigts des pieds et des petits doigts des mains, avec engourdissement et incapacité fonctionnelle; cela dure quinze jours.

La faiblesse générale est devenue telle que le lever est impossible.

Le moindre mouvement est pénible, incomplet et douloureux. Les masses musculaires des épaules et des bras, surtout à droite, sont douloureuses à la pression et dans les mouvements. La bouche répand une odeur infecte; l'haleine est putride, horrible; les gencives crénelées dépassent les dents. Elles sont rouges, saignantes; crachats sanglants, odorants, accès de fièvre extrême, avec insomnie et douleur dans les membres. (T. 39°, p. 110, petit.)

Les tumeurs cutanées et sous-cutanées ont augmenté de volume et de nombre; il en est venu à la cuisse, aux bras, sur tous les points du ventre et de la ceinture et du tronc, une à l'angle coronal, etc.

Quelques jours plus tard, les ganglions parotidiens, sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens sont envahis successivement d'un jour à l'autre, et grossissent à vue d'œil. D'abord isolés, les ganglions se fondent en masses de plus en plus saillantes, bosselées; bientôt le menton ne peut plus s'abaisser, la bouche a peine à s'ouvrir, le cou ne peut ni se plier ni se tourner, il a disparu en quelques jours; la tête et le tronc ne font qu'un. Vertiges et bourdonnements d'oreilles. Les ganglions axillaires, ceux de l'aîne, des jarrets, etc., sont pris à leur tour.

Les tumeurs sous-cutanées se multiplient sur le crâne, la face et les diverses régions du corps, toujours avec les mêmes caractères d'indolence et de développement rapide.

En même temps, l'état général devient inquiétant; le malade a des instants de délire, il vomit, se tient à peine assis, ne peut boire que difficilement; sa voix est cassée; les gencives saignent et la bouche bave une sanie putride.

Dès le jour où les tumeurs lombaires ont été constatées le malade a été vu en consultation avec le Dr Legroux, et avis

a été pris en même temps auprès du professeur Bouchard. Le diagnostic a été : leucocythémie.

Une tumeur sous-cutanée de l'abdomen a été extraite et examinée histologiquement. Le sang extrait par des piqûres à la peau a été extemporanément examiné au microscope par le Dr Legroux et par moi; nous avons pu compter sur le champ du microscope (n° 7 Astenack., 300 D.) 42 globules blancs en moyenne sur plusieurs préparations.

La tumeur examinée au laboratoire de l'hôpital par le Dr Legroux a montré la texture du lymphadénome type, ayant l'aspect à la coupe d'un ganglion lymphatique ramolli.

Le diagnostic a donc été confirmé dès ce moment.

Sur le conseil de M. Legroux et du Dr Bouchard, le malade fut immédiatement mis à l'usage de l'arsenic, sous forme de solution d'arséniate de soude; puis la bouche lavée avec des solutions toniques et désinfectantes, portées fréquemment avec un pinceau sur les gencives fongueuses.

Quelques lavements de peptone vineux additionnés de café, aidèrent au relèvement des forces. En effet un moment de calme, de repos, de bien-être semble succéder à la période des crises précédentes.

20 janvier. — Mais le mal empire; bientôt, on voit venir des crises de suffocations subites; d'abord la nuit, puis plus souvent; le pouls dans ces crises devenait inégal, filiforme, rapide; les battements cardiaques sont perçus cependant encore nets, sous l'oreille et n'offrent pas les irrégularités du pouls radial, mais ils sont inégaux; il n'y a pas de souffle; le malade ne peut rester couché; et n'a plus la force de se tenir assis, il est asphyxiant. Soif vive, bouche sèche, chaleur énorme de tout le corps dont se plaint le malade.

29 janvier. — La rate remplit la moitié du ventre proéminent; la face est œdématisée, entourée d'un bourrelet formé des masses ganglionnaires hypertrophiées du cou et des régions péri-maxillaires. Œdème des jambes. La convallaria en extrait à la dose de 4 grammes par jour a paru régulariser le pouls et diminuer les crises de suffocation.

Du 1^{er} février au 12. — Œdème du pharynx; odeur de

putrilage de l'haleine malgré les collutoires, les douches d'eau de seltz, les gargarismes boriqués. Les lavements nutritifs sont gardés et paraissent soutenir le malade qui a moins de bourdonnements d'oreilles et moins de vertiges. La liqueur arsénicale (traitement recommandé par Bezold) a été rigoureusement prise depuis la première consultation de M. Legroux; elle est bien supportée, mais l'alimentation est devenue presque impossible par la bouche. On remarque que les douches d'eau de seltz et les lavages avec la solution boriquée ont modifié quelque peu l'état des gencives et diminué l'odeur de putréfaction intolérable au pauvre malade.

12 février. — Cependant, depuis un mois, la température prise tous les jours a rarement été au-dessous de 39° et souvent elle a monté plus haut, la nuit surtout. Le poulx depuis l'accalmie est régulier à 110 par minute. La face paraît vernissée, tant la peau est tendue, et l'aspect du malade est hideux tant il est déformé par les excroissances multipliées sur tous les points.

19 février. — La respiration, souvent sifflante et haute, surtout la nuit, depuis les accès de suffocation, devient plus difficile cette nuit, puis des accès de suffocation avec poulx misérable se succèdent coup sur coup et emportent le malade asphyxié à dix heures du matin.

La maladie a duré plus de 6 mois; mais on compte 6 mois depuis l'attaque de paralysie faciale jusqu'à la mort (du 21 août 1884 au 19 février 1885).

L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé :

La leucocythémie la plus grave, la plus généralisée, a débuté lentement, sournoisement, par des tumeurs isolées, dont quelques-unes sous-cutanées, d'autres plus profondes, dont l'une a comprimé le facial gauche et a atteint l'oreille gauche.

D'abord éparses, isolées, ces tumeurs se sont multipliées, puis les ganglions se sont pris à leur tour secondairement; un état général d'affaissement des forces et

5° **Wagnier**, de Lille, présenté par MM. Moure et Moura;

6° **Rolland**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal pour la clinique laryngologique des enfants, présenté par MM. Barattoux et Moura;

7° **Farges**, médecin à Cauterets, présenté par MM. Gouguenheim et Moura.

L'assemblée, à l'unanimité, vote leur admission.

M. le Président donne ensuite la parole à M. Lannois.

Rôle des affections de l'oreille dans le développement des maladies mentales, par M. LANNOIS (1).

M. BOUCHERON. — Je dois me ranger à l'opinion de notre collègue M. Lannois. Après les oreillons, un certain nombre d'affections de l'oreille ne sont pas, en effet, labyrinthiques. Il faut en général être très sobre du diagnostic : *affection labyrinthique pure*; les examens histologiques récents en montrent de plus en plus la rareté. Presque toujours il s'agit d'*affections mixtes* dont l'aboutissant est une lésion labyrinthique, mais dont le point de départ, reconnu ou non, est une affection de la trompe ou de la caisse et la compression ultérieure du labyrinthe.

Quand le nerf acoustique a été, en effet, violemment ou longtemps comprimé, il se trouve anesthésié et il ne réagit à aucune excitations, ni par l'air, ni par les os. Et cependant, après la décompression, *faite avant la dégénérescence*, la fonction peut revenir.

Toutes les explorations connues jusqu'ici, même celle de Rinne, indiquent seulement que le nerf fonctionne ou ne fonctionne pas. S'il ne fonctionne pas, aucune méthode exploratrice ne peut indiquer s'il y a anesthésie totale ou s'il y a lésion irrémédiable.

La même chose existe pour le glaucome de l'œil; la fonction visuelle peut disparaître totalement par compression, et réapparaître après la décompression.

M. Boucheron cite le cas d'une jeune fille chez laquelle

(1) Voir *Revue*, p. 677.

les troubles cérébraux ont été arrêtés par le traitement. Il y avait chez elle diminution de l'ouïe et trouble de l'équilibre, en même temps qu'elle entendait des bruits divers; la compression du nerf s'était étendue au cerveau, et produisait le trouble mental. Une insufflation d'air fit disparaître immédiatement ces phénomènes.

M. MOURE s'étonne de la disparition aussi rapide des phénomènes observés chez la malade de M. Boucheron, après un simple Politzer. Il demande si M. Boucheron a fait l'examen fonctionnel de l'ouïe, s'il a pu faire l'expérience de Rinne.

M. BOUCHERON. — Après quelques séances d'insufflations, l'ouïe redevint normale. Mais, au moment de l'accès aigu de mélancolie, l'état du sujet s'opposait à tout examen subjectif sérieux de l'oreille, ainsi que l'a observé également M. Lan-nois. L'audition de la voix était assez diminuée pour que dans les phrases prononcées hautement et tout près, il n'y eût que quelques mots de compris.

M. RUAULT lit son mémoire intitulé : **Epiglottite œdémateuse circonscrite primitive.** — Observation (1).

M. AYSAGUER demande si le malade n'était pas atteint de syphilis.

M. MOURE demande si l'examen des urines a été fait. Quelques auteurs et particulièrement M. Fauvel ayant signalé l'existence d'œdèmes circonscrits dans le larynx chez les brightiques, cet examen pourrait avoir un certain intérêt.

M. RUAULT dit qu'il n'y avait pas trace de syphilis; quant à l'examen des urines, il ne l'a pas fait.

M. VACHER a observé un cas dans lequel l'épiglotte avait triplé de volume; le sujet, une femme, avait avalé quatre grammes de teinture d'iode; l'emploi de la glace et des gargarismes firent disparaître l'œdème aigu.

M. FAUVEL. — Dans les œdèmes du larynx que j'ai observés,

(2) Voir page 673.

les malades étaient atteints de la maladie de Bright et moururent phtisiques.

M. GOUGUENHEIM a cherché fréquemment l'œdème du larynx chez les brightiques et ne l'a jamais rencontré. En présence du succès de la médication, il partage l'opinion de M. Ruault sur la nature de la maladie, d'autant plus que les angines aiguës s'accompagnent assez fréquemment d'œdème de la luette ayant les mêmes apparences que celui de l'épiglotte décrit par notre collègue, M. Ruault.

L'observation de M. Fauvel me paraît intéressante et juste, car j'ai vu plus d'une fois des inflammations plus ou moins aiguës, d'origine syphilitique, devenir le point de départ de la tuberculose.

5° Surdité complète unilatérale et bilatérale à la suite des oreillons ; trois observations, par M. MÉNIÈRE, de Paris (1).

M. LANNOIS ne croit pas que les lésions soient univoques. Il y a une observation de Toynbee, dans laquelle il y avait une hémorragie du labyrinthe. Dans un cas qu'il a publié lui-même dans la *Revue de Médecine* (1882), il a aussi conclu à une fluxion labyrinthique analogue à celle qui se produit sur le testicule par exemple. Toutefois il a vu récemment chez un enfant de quatorze ans, qui, cinq ans auparavant, avait été atteint d'oreillons, une double sclérose de la caisse sans diminution bien marquée de l'audition, et il est certain que les parents ne se sont aperçus de cette diminution que quelques semaines après les oreillons. A moins d'une simple coïncidence, il faut bien admettre que les oreillons n'attaquent pas toujours le même point de l'appareil auditif.

M. MOURE demande à M. Lannois s'il pense qu'une otite scléreuse puisse se développer en l'espace de quelques jours comme on l'observe à la suite des oreillons et amener une surdité aussi complète que celle constatée dans ces cas. Dans tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et dans tous ceux qu'il

(1) Sora publié.

a signalés ou observés, M. Moure dit qu'il s'agissait *bien nettement* d'une affection labyrinthique sur la nature de laquelle il était difficile de se prononcer. S'agissait-il de métastases, de microbes, d'hémorragies? On ne peut que faire des hypothèses.

M. LANNOIS ne dit pas qu'il n'y ait eu affection labyrinthique dans le cas qu'il a publié avec son ami, M. le Dr Lemoine. Il a constaté la surdité incomplète à la suite des oreillons. Il y avait audition à deux centimètres chez son malade.

M. BOUCHERON insiste sur la réserve avec laquelle il faut établir le diagnostic d'une affection labyrinthique.

M. MÉNIÈRE, à propos de ces surdités complètes, signale un cas qu'il a observé il y a quelques jours. Un jeune enfant de neuf ans, dont l'audition était normale, ayant quitté la maison paternelle à midi est entré en classe à une heure. Pendant la classe, le professeur lui adressa la parole et l'enfant ne répondant pas fut puni pour son manque d'attention. Rentré chez lui, cet enfant raconta à ses parents qu'en classe il avait éprouvé quelques bourdonnements et n'avait pas entendu un mot de ce que lui disait son maître. Il y a un an que le fait s'est produit et l'audition se trouve perdue.

6° **Gomme de l'alle du nez. Observation,** par M. MOURE (1).

7° **De l'acide lactique dans les suppurations de l'oreille,** par M. AYSAGUER, de Paris (2).

M. BARATOUX emploie l'acide lactique depuis longtemps déjà, dans les cas de granulations et de carie, soit pur, soit au 1/5^e ou au 1/10^e. Il n'est pas nécessaire de faire des lavages après les attouchements. M. Baratoux ne l'emploie pas en instillations; il est persuadé que dans l'otorrhée rebelle, due à la carie ou aux granulations de la partie supé-

(1) Sera publié.

(2) Sera publié.

rieure de la caisse, cet acide est appelé à rendre de réels services. M. Héring a employé l'acide lactique dans les maladies ulcéreuses et tuberculeuses du larynx, dit-il.

M. AYSAGUER n'a pas obtenu de bons résultats, dans les cas d'affections laryngées, des applications de ce remède; il s'en est, au contraire, bien trouvé dans celles de l'oreille.

8° Des tumeurs osseuses du conduit auditif externe et de leur ablation, par M. GARRIGOU-DÉSARÈNES, de Paris (1).

9° Lymphadénome : surdité, paralysie faciale, par M. GELLÉ, de Paris (2).

10° Une proposition de modification de l'article 12 du Statut-Règlement, portant suppression de la session ordinaire d'octobre et signée par MM. Moure, Gouguenheim, Aysaguer, Ruault, Joal, Archambaud, Cartaz, Garrigou-Désarènes, est déposée, à la fin de la séance, sur le bureau.

L'article 41 concernant la révision dit :

« Toute proposition de modification au présent Statut-Règlement devra être signée de six membres au moins, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission et discutée, s'il y a lieu, en assemblée ou session générale. »

La commission nommée est composée de trois membres, savoir : MM. Ménière, Ruault et Joal.

11° Présentation d'instrument, par M. Ruault.

La séance est levée à onze heures.

Pour le Comité :

Le Secrétaire : Dr MOURA.

(2) Sera publié.

(1) Voir p. 296.

Packhard (J.). — Rétrécissement de l'œsophage. *Times*, p. 727, 6 août 1887.

Paget. — De la parotidite et des affections des organes voisins.

Perry. — Enclavement d'un corps étranger. (Bull. de l'Académie de médecine, 14 avril 1887).

Peterson (F.). — Maladie de la parotide.

Pager. — De la parotidite et de ses complications. (p. 302, 1887).

Rabl. — De la contagion contagieuse.

Ricci. — Contribution à l'étude de la parotidite. (Forti, 1887).

Sanquirico et Onechia. — De la parotidite chez l'agneau (*Bollet. delle clin.*, n° 32).

Sainte-Marie. — Contribution à l'étude de la parotidite. (Paris, 1887).

Schadewaldt. — Localisation de la parotidite. (*Deuts. med. Woch.*, n° 32).

Silvestrini. — Gangrène pulmonaire. (*Bollet. delle clin.*, n° 32).

Somma. — Derniers progrès de la médecine. (*gresso med.*, an. I, n° 2 et 3).

Sota y Lastra (R.). — Un cas de l'œsophage. (*Œsophagotomie*, n° 9, septembre 1887).

N O U

La reine Victoria vient de reconnaître la reine Mackensie, par reconnaissance.

Congrès intern

SECTION

La section s'est réunie le lundi 10, sous la présidence de M. DALY.

MM. LENNOX-ROWNE, PROSE, J. BARATOUX, BOUCHUT, CHARAZ (Russie); DUNCANSON, d'Ecosse; D. de Vienne; HARTMANN, de B. Détroit; WOOLEN, d'Indianapolis, ont été nommés vice-présidents.

MM. DONNIS et TOOLE, de San-Pittsburg; CASSELBERRY, L. G. H. CURTIS, de New-York; R. E. Buffalo; Th. HERING, de Vars. de Baltimore, ont été nommés.

Ont été élus secrétaires : Pour l'Allemagne : O. CHIARI, de V. Bordeaux.

(1) Nous avons, du reste, eu des séances. (Voir p. 564).

Bordeaux. — Imprimerie Nou

l'ordre méthodique qui a présidé à l'étude des différentes affections passées en revue, le plus souvent d'une manière complète.

C'est avec intérêt et profit que sera lu, par exemple, le chapitre concernant le Hay Fever dont la partie étiologique est clairement présentée et discutée. D'une manière générale, l'auteur a toujours cherché à mettre en relief les points obscurs dans l'étude de la maladie dont il fait l'histoire; ce n'est qu'appuyé sur des bases scientifiques qu'il prend parti, s'il y a controverse. Il ne manque pas de réserver son opinion, si son expérience ou l'expérimentation ne lui ont pas permis d'obtenir les éclaircissements qu'une observation exacte et raisonnée des faits est en droit d'exiger. Le chapitre intitulé *Surdité gutturale* (consécutive aux affections de la gorge) présente un intérêt de premier ordre. Il trouve parfaitement sa place dans un traité de ce genre; aussi l'auteur a-t-il été bien inspiré en le présentant à la fin de l'ouvrage sous une forme aussi succincte que possible. Dans l'historique il rapporte avec raison l'important travail de Urba-Liel, dans lequel ce dernier démontra à l'évidence le rôle important de la névrite dans certaines formes de prétendu catarrhe de l'oreille moyenne. Il attire également l'attention sur l'influence prépondérante qu'exercent les végétations adénoïdes au point de vue de l'audition.

Il consacre du reste un chapitre entier à l'étude de ces dernières, et y passe en revue la plupart des moyens employés pour les combattre. Nous aurions à ce propos voulu voir signaler par l'auteur ou les traducteurs l'instrument de Gottstein, dont la description a été donnée l'an dernier dans un des numéros du *Berliner Klinische Wochenschrift*. Il est certainement très pratique, et nous pouvons affirmer par expérience personnelle qu'il est facilement applicable à tous les cas. L'auteur a depuis lors donné deux ou trois courbures différentes à son instrument qui n'est en réalité qu'une ouverture triangulaire à angles arrondis et à lame coupante située en avant et fixée à un fort manche; ce qui en généralise l'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne,

Par MORELL-MACKENZIE

Traduit de l'anglais et annoté par les docteurs E. J. MOURE et J. CHARAZAC,
avec 82 figures dans le texte (1).

Sans nul doute, la traduction de cet important ouvrage du docteur Morell-Mackenzie sera accueillie avec la même faveur par le public médical français que l'a été celle du traité des maladies du larynx du même auteur, dont une édition allemande avait paru presque en même temps que l'édition anglaise, grâce aux soins du docteur Félix Simon, de Londres. Le livre dont nos confrères, les docteurs Moure et Charazac, viennent de donner une traduction, toujours claire et correcte, comptera parmi les œuvres remarquables de la littérature médicale contemporaine. Que de chemin parcouru depuis quelques années et quel vaste champ d'observations il nous a été donné de fouiller dans ce domaine de la médecine et de la chirurgie, grâce aux méthodes perfectionnées d'explorations, qui ont assuré le progrès constant du diagnostic et des moyens thérapeutiques ! Que les médecins non spécialistes comparent ce traité avec les chapitres consacrés aux maladies du nez dans les meilleurs et les plus importants ouvrages de chirurgie. Ils seront frappés certainement de tous les points nouveaux qu'ils y rencontreront, et noteront un luxe de détails, néanmoins précieux pour le praticien qui ne se doute pas du progrès accompli dans cette branche des sciences médicales. Il est bien inutile du reste d'insister sur ce fait auprès des lecteurs de la *Revue mensuelle de Laryngologie et de Rhinologie* ; le plus grand nombre d'entre eux ont déjà probablement entre les mains le volume français de Morell-Mackenzie.

Ils reconnaîtront sans peine que c'est un véritable traité didactique sur la matière et que le plus érudit pourra encore y trouver d'amples moissons à faire. Ils seront frappés de

(1) Octave Doin, éditeur. — Paris 1887.

l'ordre méthodique qui a présidé à l'étude des différentes affections passées en revue, le plus souvent d'une manière complète.

C'est avec intérêt et profit que sera lu, par exemple, le chapitre concernant le Hay Fever dont la partie étiologique est clairement présentée et discutée. D'une manière générale, l'auteur a toujours cherché à mettre en relief les points obscurs dans l'étude de la maladie dont il fait l'histoire; ce n'est qu'appuyé sur des bases scientifiques qu'il prend parti, s'il y a controverse. Il ne manque pas de réserver son opinion, si son expérience ou l'expérimentation ne lui ont pas permis d'obtenir les éclaircissements qu'une observation exacte et raisonnée des faits est en droit d'exiger. Le chapitre intitulé *Surdité gutturale* (consécutive aux affections de la gorge) présente un intérêt de premier ordre. Il trouve parfaitement sa place dans un traité de ce genre; aussi l'auteur a-t-il été bien inspiré en le présentant à la fin de l'ouvrage sous une forme aussisuccincte que possible. Dans l'historique il rapporte avec raison l'important travail de Urba-Liel, dans lequel ce dernier démontra à l'évidence le rôle important de la névrite dans certaines formes de prétendu catarrhe de l'oreille moyenne. Il attire également l'attention sur l'influence prépondérante qu'exercent les végétations adénoïdes au point de vue de l'audition.

Il consacre du reste un chapitre entier à l'étude de ces dernières, et y passe en revue la plupart des moyens employés pour les combattre. Nous aurions à ce propos voulu voir signaler par l'auteur ou les traducteurs l'instrument de Gottstein, dont la description a été donnée l'an dernier dans un des numéros du *Berliner Klinische Wochenschrift*. Il est certainement très pratique, et nous pouvons affirmer par expérience personnelle qu'il est facilement applicable à tous les cas. L'auteur a depuis lors donné deux ou trois courbures différentes à son instrument qui n'est en réalité qu'une ouverture triangulaire à angles arrondis et à lame coupante située en avant et fixée à un fort manche; ce qui en généralise l'emploi.

Les docteurs Moure et Charazac ne se sont pas contentés d'être des traducteurs fidèles ; ils ont donné leur part de collaboration à l'ouvrage en y ajoutant de nombreuses notes, qui prouvent une grande érudition et une observation judicieuse chez leurs auteurs.

Nous ne manifestons qu'un regret, c'est qu'ils n'aient pas cru devoir donner la traduction des chapitres concernant les maladies de l'œsophage ; cette partie, quoique bien séparée de l'autre, était également intéressante à connaître, et elle aurait contribué à former un ensemble complet avec le traité des maladies du larynx déjà paru antérieurement.

F. SCHIFFERS.

Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale,

Par le Dr G. SUZANNE,

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté, etc. (1).

L'auteur, se conformant à la division qu'il vient d'indiquer, étudie dans la première partie de son travail, l'anatomie du plancher de la bouche, et dans la seconde, l'anatomie pathologique et la pathogénie de la grenouillette.

Au point de vue anatomique, il expose l'opinion de Blandin et celle de Tillaux sur la manière d'envisager le plancher de la bouche et sur sa description. Quant à lui, d'après des recherches personnelles, il conclut que :

1° Sur la face profonde de la muqueuse buccale et à sa partie moyenne, existent des fibres musculaires striées, antéro-postérieures, provenant du génio-glosse. D'autres fibres vont s'insérer à la partie postérieure de la glande sublinguale ;

2° En arrière du maxillaire inférieur, au-dessus des apophyses géni, se trouvent de petites glandules auxquelles il donne le nom de *groupe glandulaire du frein* ;

3° Outre les conduits de Rivinus, assez souvent, la glande sublinguale possède un conduit dit de Bartholin ;

(1) Paris, G. Masson, libraire-éditeur, libraire de l'Académie de Médecine, 420, boulevard Saint-Germain. 1887.

4° L'existence de la bourse muqueuse de Fleischmann est plus que douteuse.

Le deuxième chapitre est consacré à l'histoire de la grenouillette; on y trouve cités les noms des auteurs qui ont apportés des faits nouveaux à la pathogénie et à l'anatomie pathologique de cette affection.

La grenouillette, suivant les auteurs, occupe deux sièges différents. Pour les Français elle se développe dans la glande sublinguale et pour les Allemands dans la glande de Blandin. Ce serait un kyste par rétention à la paroi duquel on décrit la structure suivante :

D'après les Français : 1° En dehors, tunique fibreuse renfermant dans son épaisseur des acini glandulaires et des cavités dilatées pouvant engendrer des kystes. — 2° En dedans, épithélium cylindrique à une couche (Robin), à dix ou quinze couches (Bazy).

D'après les Allemands : 1° En dehors, tunique fibreuse avec acini normaux et canaux excréteurs dilatés. — 2° En dedans, épithélium cylindrique à cils vibratiles recouvrant des cellules cubiques.

Enfin, de ses recherches anatomiques et de la discussion très longue et très savante à laquelle il se livre, le D^r Suzanne, au point de vue de la structure et de la pathogénie de la grenouillette, formule les conclusions que voici :

I. STRUCTURE : La paroi d'une grenouillette commune est formée :

1° Par la muqueuse buccale saine (papilles un peu déformées);

2° Par une couche fibro-élastique renfermant dans son épaisseur : a) de nombreux lobules glandulaires sclérosés, dont les acini atrophiés sont en voie de destruction par dégénérescence muqueuse; b) un grand nombre de fibres musculaires striées, toutes parallèles à la muqueuse dans le sens antéro-postérieur, et situées seulement sur la ligne médiane;

3° Par une zone embryonnaire peu épaisse;

4° Par une tunique épithéliale, dont les cellules cylin-

driques sont en voie de prolifération et de destruction incessante par dégénérescence muqueuse.

II. PATHOGÉNIE : 1° La grenouillette vulgaire se développe dans la glande sublinguale ;

2° Les kystes de la glande de Blandin (Mühn) situés dans la langue ne doivent pas être considérés comme une grenouillette ;

3° On ne doit plus admettre que la rétention de la salive amène la grenouillette ;

4° Elle est produite par la transformation muqueuse de tous les éléments glandulaires : acini et travées conjonctives ;

5° Les récidives sont dues à l'altération muqueuse de lobules glandulaires envahis consécutivement : aussi le meilleur traitement pour les éviter serait de pratiquer l'extirpation de la glande et de la poche kystique.

Cette thèse importante se termine par un Index bibliographique très complet de huit pages et à la fin deux planches magnifiques, dessinées par l'auteur et renfermant 13 figures. Une légende explicative donne la signification de chaque figure. (Thèse de Bordeaux 1887.)

M. NATIER.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

Anesthésie et trachéotomie, par R. PICHEVIN, interne des hôpitaux de Paris.

Cette question, mise à l'ordre du jour depuis que M. LeDentu est venu récemment lire à la Société de chirurgie, un intéressant rapport sur quatre trachéotomies avec anesthésie pratiquées par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), a fait, de la part de M. Pichevin, l'objet d'une étude très détaillée qui l'amène à formuler les conclusions suivantes :

1° En France, presque toutes les trachéotomies sont faites sans anesthésie.

2° A l'étranger, la chloroformisation semble être la règle, quand il s'agit d'ouvrir le conduit laryngo-trachéal.

3° L'enthousiasme d'un grand nombre de chirurgiens qui ont fait usage du chloroforme pour pratiquer la trachéotomie, prouve que l'anesthésie n'est pas aussi dangereuse qu'on serait tenté de le croire.

4° *Avantages de l'anesthésie.* — a. L'anesthésie calme le spasme laryngé, facteur considérable dans la production des accès de suffocation. Sous l'influence de la narcose, la respiration devient facile, les vaisseaux du cou et de la face sont moins congestionnés et les phénomènes asphyxiques s'ament.

b. L'anesthésie supprime l'agitation du malade. On opère sur le cadavre. D'où possibilité de faire la trachéotomie avec une lenteur relative. D'où facilité de respecter les gros vaisseaux, de mettre des pinces sur des veines coupées, de faire une incision correcte à la trachée et enfin d'introduire aisément la canule.

L'hémorragie peut donc être réduite au minimum, car seule l'incision trachéale proprement dite pouvait donner lieu à une perte de sang. Cette hémorragie est trop minime pour entraîner de graves inconvénients.

L'expérience a, du reste, prouvé que le sang tombé dans les voies aériennes, pendant l'opération, était rejeté par des efforts de toux, même quand le sujet était très anesthésié.

5° *Inconvénients de l'anesthésie.* — Sans parler des risques généraux qu'entraîne toute chloroformisation, il existe des dangers particuliers qui sont : l'exagération du spasme laryngé par les vapeurs anesthésiques, la syncope primitive ou laryngo-trachéale, l'introduction du sang en grande abondance dans la trachée d'un individu dont les réflexes ont disparu. Nous avons dit que la présence d'une certaine quantité de sang dans la trachée, pendant l'anesthésie, déterminait presque fatalement des quintes qui expulsaient les liquides et les mucosités.

6° Le chloroforme ne doit pas être donné dans tous les cas.

7° *Indications de l'anesthésie.*

L'anesthésie est indiquée :

a. Dans la trachéotomie pratiquée comme premier temps

d'une opération sur la face (maxillaire etc.); *b.* dans les cas de corps étrangers, dans les voies respiratoires en l'absence de tout tirage; *c.* quand le chirurgien pense qu'il aura de grandes difficultés pour immobiliser son malade; *d.* quand l'épaisseur des parties molles à traverser est considérable, quand le larynx et que les points de repère ne sont pas bien déterminés; *e.* enfin et surtout lorsque l'on n'a pas à sa disposition un nombre suffisant d'aides expérimentés.

8° *Contre-indications à l'anesthésie :*

L'âge n'est pas une contre-indication. Les enfants en bas âge et des adultes peuvent bénéficier des bienfaits de l'anesthésie dans des cas déterminés. Mais la période avancée de l'asphyxie (cessation de la lutte, insensibilité, résolution musculaire, etc.), les altérations graves ou étendues des poumons, certaines lésions du cœur, sont des contre-indications à l'usage de l'anesthésie. Le courage éprouvé du malade devra faire renoncer à la chloroformisation.

9° Dans un très grand nombre de cas, il est difficile de poser une règle fixe. Le tirage existe, la sensibilité n'a pas disparu, l'agitation est modérée; quel parti prendre? « C'est affaire d'habitude et de tempérament, » dit Bœckel. C'est plutôt affaire de sens chirurgical. Si l'opérateur dispose d'un nombre suffisant d'aides, s'il est versé dans la technique de la trachéotomie, il s'abstiendra de pratiquer l'anesthésie. Mais craint-il de rencontrer des difficultés anormales, la chloroformisation sera employée.

10° Le chloroforme sera toujours préféré à l'éther pour pratiquer l'anesthésie.

11° Les premières inhalations chloroformiques seront faites avec la plus grande prudence.

Il faut éviter avant tout de débiter par des doses massives. On endormira le malade en se conformant à la pratique des interruptions sagement ménagées. Si à un moment quelconque, et surtout au début de l'anesthésie, il y avait aggravation prolongée des symptômes (arrêt de la respiration, etc.), il faudrait cesser l'anesthésie et ouvrir immédiatement la trachée.

12° Avant de prendre le bistouri, il faut attendre la troisième période de l'anesthésie chirurgicale, la résolution musculaire, qui arrive du reste rapidement; l'état des pupilles indique que l'opération peut être commencée. (*Gaz. des Hôpitaux*, 4-11 juin 1887, p. 549 et 573.)

M. NATIER.

Méthode pour empêcher la formation des bourgeons charnus après la trachéotomie (*Ueber die Verhinderung der Granulombildung nach der tracheotomie*), par le professeur STÖRCK.

Chez les adultes, on peut facilement constater qu'en cas de diphtérielaryngienne le maximum d'inflammation et de destruction diphtéritiques se trouve au-dessous des cordes vocales; après l'élimination des pseudo-membranes, il reste en cet endroit une inflammation catarrhale très intense et très rétive. A la suite, il y a souvent perte de l'action réflexe du larynx (Gerhardt) et parésie des muscles laryngiens, affections qui peuvent faire durer la dyspnée après que l'on a ôté la canule; mais dans la moyenne partie des cas de cette dyspnée persistante on découvre des bourgeons charnus, non pas aux bords de la plaie trachéale qui garnissent la canule, mais bien sur cette muqueuse malade qui est située au-dessous des cordes vocales; il va sans dire que le frottement de la canule peut augmenter cet état maladif de la muqueuse et favoriser indirectement la formation des granulomes. La muqueuse laryngienne guérit si difficilement après une trachéotomie parce qu'elle n'est plus exposée au courant respiratoire; nous observons un fait analogue dans la dégénération de la muqueuse nasale quand l'air ne passe plus par le nez.

Störck n'emploie donc que des canules trachéales dont le tube intérieur est fenêtré tandis que le tube extérieur correspondant au larynx est criblé au même endroit d'une masse de petits trous. Störck traite les granulomes par la cuiller tranchante, la pierre infernale et les canules à dilatation; il rejette le cathétérisme inauguré par Bouchut en 1859 et préconisé tout récemment par O'Dwyer. Il ne faut jamais faire la laryngotomie ou la cricotomie, mais bien la trachéotomie proprement dite. Chez les adultes, Störck fait avant

l'opération deux injections sous-cutanées de cocaïne (10 0/0) dans la région trachéale, et pendant l'opération, il lave la plaie moyennant des tampons de ouate trempés dans la même solution; cette dernière opération est en même temps hémostatique. (*Wiener medic. Wochenschrift*, nos 1-3, et *Practischer Arzt*, n° 8, 1887.)

Des hémorragies névropathiques des voies respiratoires,
par le Dr Daniel DROUVAULT.

Ce serait Parrot qui, à son avis, aurait le premier établi la légitimité des hémorragies auxquelles il proposa de donner le nom de névropathiques. Lancereaux leur consacre une étude dans son *Traité d'anatomie pathologique*. A ces noms viennent encore se joindre ceux du Dr Marius Carre, de H. Huchard et du professeur Potain.

L'auteur définit les hémorragies névropathiques « des écoulements ou extravasats sanguins survenant sous l'influence d'un trouble des nerfs vaso-moteurs ». Les causes de cette affection sont de deux ordres : 1° perturbation fonctionnelle des centres nerveux; 2° lésion matérielle de l'axe cérébro-spinal.

Ces hémorragies seraient peut-être plus fréquentes chez la femme par suite de sa prédisposition aux maladies nerveuses générales ou locales.

A. Les hémorragies consécutives à une lésion du système nerveux lui semblent bien établies par les observations cliniques de Charcot, de Duguët, de Carre, de Brown-Sequard, de Nothnagel, de Vulpian, et, enfin, par les expériences d'Aug. Ollivier.

B. Les hémorragies consécutives à des désordres fonctionnels du système nerveux se rencontrent : *a* dans l'hystérie; *b* dans l'épilepsie (épistaxis et hémoptysie) où elles peuvent précéder l'accès ou éclater en dehors de tout phénomène convulsif; *c* dans l'irritation spinale; *d* dans les hémorragies supplémentaires; *e* dans les émotions morales vives, colère, frayeur; *f* le froid, la chaleur peuvent les engendrer par leur intensité; *g* enfin l'herpétisme et l'arthritisme sont aussi con-

sidérés par l'auteur comme des causes occasionnelles, et il a soin de signaler combien chez les herpétiques il peut être facile de confondre l'hémoptysie avec une hémoptysie de nature tuberculeuse.

Au point de vue pathogénique on a tour à tour invoqué la force vitale, la sympathie, l'asthénie, et plus tard le spasme vasculaire pour expliquer les hémorragies névropathiques. Brown-Sequard pense qu'elles sont le résultat de la contraction des artères et des veines dont le sang serait chassé des vaisseaux vers les capillaires qui finalement se rompraient. Elstein y voit une élévation de la pression sanguine due à l'excitation des vaso-moteurs. Enfin, Vulpian les explique par une paralysie vaso-motrice.

Les hémorragies névropathiques qui apparaissent dans la jeunesse et l'âge mur, se traduisent chez les jeunes par des épistaxis se transformant plus tard en hémoptysies; les hémorragies des voies urinaires et de l'intestin seraient l'apanage de ceux qui ont atteint la cinquantaine. Elles débutent parfois par des symptômes fluxionnaires auxquels s'ajoute presque toujours l'élément douleur; mais il faut aussi dire que leur invasion peut être tout à fait brusque. L'irrégularité de leur marche, leur quantité variable sont encore à noter, mais ce qui est important à remarquer c'est leur bénignité relative.

S'il est facile d'établir le diagnostic des hémorragies névropathiques des voies respiratoires, il est loin d'en être ainsi pour les hémorragies déterminées par l'hémophilie, les affections du cœur ou de l'aorte, l'albuminurie et surtout la tuberculose. L'auteur donne, à cet égard, d'utiles indications au point de vue du diagnostic différentiel.

Le pronostic de ces hémorragies doit être considéré comme bénin, les cas graves constituant tout à fait l'exception. L'auteur incline à penser que la tuberculose trouverait pour son développement un terrain favorable dans un poumon fréquemment congestionné comme il arrive dans cette affection. Telle serait aussi l'opinion de Potain et de Lancereaux. Huchard estime au contraire qu'il y aurait antagonisme entre

la tuberculose et les hémoptysies liées à l'arthritisme.

Au point de vue du traitement, M. Drouault dit, que dans les cas pressés, on devra employer les moyens usités pour combattre les autres hémorragies. Il fait jouer un rôle important au traitement prophylactique qui devra s'adresser aux névroses dans le cours desquelles se produisent les hémorragies.

Un index bibliographique de deux pages est ajouté à cette thèse et la termine. (*Thèse Paris*, 1886, n° 221.)

M. NATIER.

La laryngotomie dans les maladies du larynx qui occasionnent de la suffocation, etc. (*La laringotomia per le malattie della laringe, etc., etc.*), par M. LORETA.

Après avoir donné deux exemples de laryngite chronique, une syphilitique, l'autre fongueuse, desquels il résulte que l'opération pratiquée dans le larynx apporta en peu de temps une guérison parfaite, l'auteur se prononce sur l'opportunité de remplacer la trachéotomie par la laryngotomie, non seulement dans les cas qu'il a observés, mais aussi dans le croup. (*Bollettino delle S. mediche*, mai et juin 1887.)

D^r F. CARDONE.

Le cathétérisme du larynx dans les sténoses syphilitiques (*Il cateterismo laringeo nelle stenosi sifilitiche*), par M. le D^r FERRERI.

En rapportant le traitement de vingt-cinq malades atteints de syphilis constitutionnelle du larynx, l'auteur agite la question du cathétérisme dans les cas de sténose syphilitique du même organe, et il se déclare satisfait des résultats obtenus par les canules de Schrötter. Il conclut son travail avec la proposition suivante :

* Dans chaque cas de sténose du larynx, on ne pratiquera pas la trachéotomie ou même la laryngotomie si on n'a déjà préalablement essayé l'emploi des cathéters laryngiens à l'aide du laryngoscope et avec l'anesthésie cocaïnique du pharynx. » (*Lo Sperimentale*, juin 1887.)

D^r F. CARDONE.

Suture métallique thyro-hyoïdienne (*Sutura metallica tiroioidea*) par M. le Dr SPANNOCCHI.

Un jeune boulanger, pour s'ôter la vie, se donna un coup de rasoir au cou. Blessure assez large et profonde, compromet la membrane thyro-hyoïdienne, et laisse apercevoir l'épiglotte adhérente au segment supérieur. Il devint tout à coup aphone et dyspnéique. L'auteur chercha en premier lieu à traiter la blessure comme dans la trachéotomie, mais l'introduction de la canule causa bientôt un accès de suffocation si pénible, qu'on dut éloigner la canule. Il tâcha alors de réunir les bords de la blessure, et pratiqua une suture avec des fils de soie dans les tissus externes. Le malade tout de suite éprouva un soulagement remarquable. Bandage à la Lister. Il put prendre alors quelques aliments et être tranquille.

Mais trois jours après, l'aphonie reparut et la déglutition était tout à fait impossible. On remarqua que la blessure était réouverte par le détachement de la suture. Nouvelle suture superficielle et profonde des tissus externes qui eut la même issue. Au sixième jour, l'état du malade était presque comme au premier. Alimentation impossible, le bol alimentaire sortant en dehors par la blessure; aphonie, dyspnée, toux, abattement. On eut recours à une suture plus résistante des bords de la blessure. A l'aide d'une forte aiguille de Cooper, on accrocha profondément dans la ligne médiane l'os hyoïde avec deux fils métalliques dont les extrémités inférieures furent passées dans le thyroïde, l'une à droite et l'autre à gauche, et il en résulta une suture en forme de V renversé. Guérison.

A l'exposition de ce cas, l'auteur fait suivre les considérations suivantes :

1° L'arrêt spontané de l'hémorragie, malgré la plaie et la lésion des nombreux vaisseaux de la région antéro-supérieure du cou et surtout de l'artère thyroïdienne supérieure;

2° L'aphonie qui survient lorsque la plaie est ouverte, quoique les bronches, la trachée et les cordes fussent intactes, démontre que lorsque le tube d'adjonction au-dessus des

cordes (cavité pharyngienne, nasale et buccale, selon Vierordt) ne joue pas son rôle, le son de la voix est altéré, et il n'y a pas de voix;

3° La gêne causée dans la déglutition par l'abolition des rapports entre l'os hyoïde et le larynx. Ce dernier ne se porte plus en haut et en avant, le muscle thyro-hyôïdien ne fonctionnant pas comme auparavant;

4° Enfin, la nécessité de réunir les plaies de ce genre avec des forts points de suture, etc. L'auteur prend en examen les raisons qui militent *pro* et *contra* l'application de la suture, et parvient à la conclusion que celle-ci est indiquée, parce qu'il faut tenir réunis les bords de la plaie. La suture métallique mérite, selon lui, la préférence. (*Gazzetta degli Ospitali*, 24 juillet 1887.)

D^r F. CARDONE.

Aphasie par embolisme malarique (*Afasia per embolismo malarico*), par le D^r GUERRA.

Femme de quarante ans, de bonne constitution. Elle demeure dans une localité marécageuse, et a été atteinte plusieurs fois par des fièvres intermittentes.

Accès de fièvre intense, précédé par des frissons; rémission le jour après. Le soir, nouveau frissonnement et fièvre, qui de 39° parvient jusqu'à 41°. Ingestion de quinine par la bouche. Malgré cela, au troisième jour éclate un nouvel accès de fièvre, et cette fois, il y eut perte instantanée de la parole. L'intelligence, néanmoins, resta intacte et la langue était douée de ses mouvements. La malade, même lorsqu'elle était forcée à parler, émettait des sons inarticulés, et faisait comprendre par des gestes ce qu'elle voulait, mais malheureusement ne pouvait pas parler.

Il s'agit dans ce cas d'une ataxie de coordination, selon Schulze. L'auteur croit que la lésion réside dans l'appareil de transmission, qui reçoit l'excitation par la volonté, mais ne peut pas la transformer dans ses mouvements; c'est-à-dire, dans les lobes antérieurs du cerveau, et précisément près de l'insula de Reil.

Selon l'auteur, la lésion serait due — eu égard au cours de

l'affection et au résultat du traitement — à un embolus pigmentaire, produit par l'infection malarique. Le point de départ serait la rate. L'embolus se serait arrêté dans l'organe de coordination de la parole, en obstruant des vaisseaux capillaires et en amenant consécutivement des désordres circulatoires (anémie, hyperhémie collatérale), ce qui aurait causé une altération des cellules nerveuses.

La quinine coupa la fièvre; la parole retourna, d'abord indistincte, et puis elle redevint tout à fait normale. (*Gli Incurabili*, an. II, nos 12 et 13, 1887.)

D^r F. CARDONE.

Phénomènes physiologiques qui se produisent chez les ventriloques (*Ueber die physiologischen Vorgänge beim Bauchreden*), par le professeur KÜSSNER, de Halle.

Küssner avait l'occasion d'examiner un bon ventriloque, il pouvait constater ce qui suit : langue immobile au plancher de la bouche, n'empêchant pas la vue dans le larynx. Voile du palais élevé, luette de même; le pharynx n'est pas séparé de l'espace naso-pharyngien; les arcades tendues, presque rectilignes comme dans le fausset; l'épiglotte ne cache pas le larynx; ce dernier présente la même image que dans la voix de fausset : comprimé un peu de droite à gauche et *vice versa*, par conséquent allongé dans le sens antéro-postérieur, la partie postérieure de la fente glottique fermée; la partie antérieure plus large que pendant la production des sons de poitrine; les bords libres des cordes vocales fortement vibrants. Il paraît donc que l'art de la ventriloquie consiste dans une légère modification de la voix de fausset. Seulement dans la voix de fausset le larynx s'élève, tandis que dans la ventriloquie il descend d'une façon éclatante; de cette façon, l'espace résonnant de la bouche et des annexes est allongé, les sons paraissent venir non du larynx, mais bien du fond de la poitrine, le timbre devient encore plus extraordinaire parce que, outre cet allongement des résonateurs, l'artiste emploie la voix de fausset. A cause de l'action diminuée de la plupart des muscles qui, à l'état ordinaire, agissent pendant le langage, les consonnes deviennent beaucoup

plus sourdes, à peine perceptibles, et c'est ce qui fait croire à l'éloignement de la voix; il y a élimination probable d'un certain nombre de « harmoniques » qui dans le langage normal donnent à la voix son caractère spécifique. Les voyelles apparaissent beaucoup moins élargies. Cependant le *i* ressemble au *e*. (*Wiener medic. Presse*, 1887, n° 35.)

Tuberculose du larynx, par le Dr MAC DONAGH, de Toronto.

L'auteur, dans une communication faite à l'Association médicale d'Ontario, dit que la tuberculose laryngée existe chez au moins 33 0/0 des phtisiques. Il relate l'histoire d'un cas où il y avait eu enrrouement et ulcération des cordes vocales, neuf mois avant qu'il n'y eût des manifestations appréciables du côté des poumons.

L'examen microscopique de la sécrétion purulente des ulcères laryngés permit de découvrir un grand nombre de bacilles. Ce cas et plusieurs autres tendent à prouver qu'il y a une laryngite tuberculeuse primitive. Une autopsie faite à l'Hôpital général de Toronto a permis de constater des manifestations tuberculeuses du larynx, sans aucune lésion pulmonaire. L'emploi du laryngoscope est fortement recommandé, car il permet souvent de faire le diagnostic de phtisie, bien plus tôt qu'on ne pourrait avec le stéthoscope. Le microscope viendra confirmer le tout. (*Canada Medical Surgical Journal* 1887.)

ROLLAND.

Tumeur tuberculeuse du larynx (*Tuberkeltumor im Larynx*).
opérée par le Dr MAX SCHAEFFER, de Brême. — *Recherche microscopique*,
par le Dr DIETRICH NASSE.

Il s'agit, dans cette observation, d'un malade âgé de trente-trois ans qui avait la voix voilée depuis quelques années et qui était enrroué depuis quelques mois. A l'examen laryngoscopique, on constatait que le repli aryténoïdien gauche faisait légèrement saillie. Dans l'inspiration, à la partie postérieure de la corde vocale gauche, tout près du cartilage aryténoïde et s'étendant dans la région interaryténoïdienne et la partie inférieure du conduit laryngien, on constatait l'existence d'une tumeur unie, grisâtre, de la grosseur d'une

fève et offrant à la sonde une sensation de résistance. Bien qu'il ne parût à sa surface aucune trace d'ulcération, la tumeur était pourtant légèrement rugueuse et inégale. Au côté droit il n'existait que des symptômes insignifiants.

La tumeur fut enlevée dans son entier à l'aide du polypotome. Deux jours après la parole était améliorée et elle devenait complètement claire au bout de peu de temps.

L'auteur avait tout d'abord hésité sur la nature de la tumeur, mais un examen ultérieur du malade et la mort survenue quelque temps après le firent définitivement incliner pour un tubercule du larynx. Au reste l'examen histologique de la tumeur lui démontra qu'il en était absolument ainsi.

Ce sont là des cas assez rares et dont les principaux sont dus à Schnitzler, J. Mackenzie, Percy Kidd et Poa; c'est pourquoi il a paru bon à M. Schæffer de publier cette observation. (*Separatabdr. aus der « Deutsch. med. Wochenschr. »*)

M. NATIER.

Étude du timbre des sons par la méthode des flammes manométriques, par le Dr E. DOUMER.

Cette méthode consiste dans la photographie d'une flamme manométrique actionnée par le son que l'on veut analyser. Elle permet :

- 1° La mesure de la *hauteur* d'un son ;
- 2° La détermination des *harmoniques* qui accompagnent le son fondamental ;
- 3° La mesure des *différences de phase*.

Elle ouvre, d'après l'auteur, un champ nouveau aux recherches de physique *biologique* et de musique scientifique. (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 2 août 1886 et 25 juillet 1887.)

Tubage du larynx, par ISCH-WALL.

L'auteur commence par décrire le manuel opératoire d'O'Dwyer et signale les modifications qu'il a subies de la part du Dr Hoadley, de Waxhans, de Tascher. Il se demande ensuite si l'opération du tubage est d'une exécution facile et la critique de diverses observations prises pour la plupart dans la

littérature médicale américaine l'amène à conclure que les accidents auxquels il expose sont nombreux relativement à ceux occasionnés par la trachéotomie. Celle-ci du reste est devenue souvent nécessaire après des tentatives réitérées de tubage infructueux. Aussi M. Isch-Wall conclut-il contre le tubage du larynx. (*Progrès méd.*, n° 25, 18 juin 1887.)

M. NATIER.

OREILLES.

Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille (*Beiträge zur pathologischen Anatomie des Gehörorganes*), par le Dr J. HABERMANN, privat docent des maladies de l'oreille, à Prague (1).

Dans cette étude, qui comprend deux chapitres, l'auteur étudie en premier lieu le carcinome métastatique de l'oreille. Le cancer de l'oreille est une affection fort rare, dont le point de départ n'est presque jamais dans l'oreille externe, mais qui s'observe en tant qu'affection primitive dans l'oreille moyenne. Il peut provenir soit d'une otite chronique suppurée, soit encore de l'irritation causée par la mauvaise habitude qu'ont certaines gens de gratter leurs oreilles avec des instruments. Comme symptômes on observe de la douleur, des hémorragies intermittentes, de la paralysie faciale, etc.

Le cancer de l'oreille peut encore être secondaire et provenir par propagation d'affections analogues des organes voisins, telles que cancer du crâne, de la parotide, de l'antre d'Highmore. L'oreille interne n'a jusqu'ici jamais été envahie par le processus cancéreux que d'une façon secondaire.

Les observations de cancer métastatique de l'oreille sont fort rares; l'auteur a pu en observer deux cas sur des crânes mis à sa disposition par le professeur Chiari, et il est heureux d'en pouvoir rapporter un cas qu'il a eu l'occasion d'examiner dans sa pratique. Il s'agit d'une femme de soixante-six ans, journalière, entrée dans le service du professeur Przibram, avec un cancer de l'utérus, de l'emphysème et de l'œdème pulmonaires, une arthrite de la seconde vertèbre cervicale et une paralysie du facial gauche. A sa mort, survenue quelque

(1) Prag. 1887, Druck der K. K. Hofbuchdruckerei, A. Haase.

temps après, l'autopsie révéla une carcinose généralisée des divers organes. L'examen microscopique du temporal gauche permit de constater l'envahissement de cet os par le cancer. En même temps que lui étaient atteints la dure-mère, le nerf acoustique, le nerf facial, etc. On ne saurait donc dans ce cas, nier l'existence d'un cancer généralisé à l'oreille.

L'auteur, dans un second chapitre, étudie l'aqueduc du limaçon. Cotugno, en 1774, avait dit que l'aqueduc du limaçon communiquait avec la cavité crânienne et il avait admis, à côté de lui, l'existence d'un second canal servant au passage d'une veine. Mais cette opinion ne fut pas partagée par les anatomistes qui suivirent, surtout après que Hyrtl, se basant sur de nombreuses recherches, se fut inscrit en faux contre elle. Aujourd'hui, malgré les nombreuses recherches de Weber-Liel, d'Axel Key, de Retzius, on peut dire que la question n'est pas encore tranchée. C'est pourquoi l'auteur qui dans ses recherches sur le cancer de l'oreille, a eu l'occasion de faire de nombreuses coupes de temporaux, ne craindra pas de donner son opinion dans le débat. Or, ses recherches l'amènent à dire qu'on peut maintenir son nom au canal de Cotugno et désigner sous le nom de *canal veineux du limaçon*, le canal osseux que parcourt la veine.

L'aqueduc du limaçon peut être le siège de nombreuses affections, tels : un cas de surdité, signalé par l'auteur, et consécutif à une méningite cérébro-spinale dans laquelle la maladie du labyrinthe était due à la pénétration du micro-organisme dans l'aqueduc ; deux cas analogues de Steinbrügge. Les lésions peuvent encore se rencontrer dans les cas de tuberculose, d'hydrocéphalie ; elles peuvent être engendrées par des dépôts amyloïdes déposés dans l'aqueduc en quantité plus ou moins grande. Il trouverait même, avec Brunner, dans les cas de ce dernier genre, une explication aux vertiges de Ménière qui seraient occasionnés par un obstacle à la circulation de l'endolymph et de la périlymphe.

Suit une table avec quatre figures explicatives. (*Sonderabdruck aus der « Zeitschrift f. Heilk. », Bd VIII.*)

M. NATIER.

Quelques cas de snotome de l'audition (*Alcuni casi di snotoma auditiva*), par M. le Dr LONGHI.

Aux cas de Brunschwig et Baratoux et à celui publié par l'auteur depuis 1885, il adjoint quatre observations toutes récentes, qui lui permettent de se prononcer de quelque façon sur la nature de ce phénomène auriculaire.

Dans ces observations, aussi bien que dans son premier cas et dans celui de M. Baratoux, ce qu'il y a de plus remarquable c'est que la tension des membranes tympaniques n'est pas absolument normale dans les différents segments. On y remarque ici et là des petites cicatrices, des relâchements ou bien une concavité plus prononcée dans une zone que dans l'autre ; la conséquence en sera que les vibrations des différents segments pour des sons de diverse intensité ne seront pas tout à fait égales.

Pour expliquer le mécanisme avec lequel le phénomène s'accomplit, l'auteur se prononce pour l'hypothèse de la multiplicité des tensions, tout en admettant le rôle que peut y jouer le manque d'équilibre dans l'accommodation des muscles intra-tympaniques. Ces deux causes qu'il invoque, peuvent bien coagir, l'une n'excluant pas l'autre. Cela admis, il s'ensuit que les tensions multiples peuvent probablement donner origine au stocome, lorsqu'il y a une asynergie permanente ou temporaire, ou intermittente des muscles de la caisse. (*Bollettino delle malat. della gola, dell'orecchio, etc.*, an. V, n° 4, juillet 1887.)

Dr F. CARDONE.

Comment se produit la perception auditive dans le limaçon ?

(*Wie kommt die Gehörsempfindung in der Schnecke zu Stande ?*)

Communication par lettre du professeur A. BOETTCHER au professeur H. SCHWARTZE.

Après avoir exposé les différentes théories qui règnent actuellement dans la science à cet égard, l'auteur en manière de conclusion, termine en disant : « Depuis que j'ai signalé la connexion de la « *membrana tectoria* » avec l'appareil terminal de l'ouïe, on a, contre cette opinion, entre autres raisons allégué celle-ci que la perception auditive serait, d'après l'expérience, due à des cils faisant librement saillie

et formés par des cellules nerveuses terminales; chez les invertébrés des ondulations sonores produites par des vibrations d'une certaine durée, peuvent les mettre en mouvement. Ces mêmes cils auditifs se rencontrent aussi chez les vertébrés inférieurs, au niveau de la tache et de la crête acoustiques (*Maculae und cristae acusticae*) à la surface des cellules qui sont en rapport avec les fibres nerveuses auditives. Ils sont ici destinés, selon toute vraisemblance, à être mis en vibration par les ondulations sonores et à transmettre l'excitation, aux éléments nerveux.

Dans le limaçon de l'homme et des mammifères, on trouve au niveau de la couche de bâtonnets des cellules de Corti, des productions ressemblant absolument aux cils auditifs des invertébrés et à ceux qui sont situés dans le vestibule des vertébrés inférieurs. Ce ne serait donc que justice d'admettre que dans le limaçon, la perception auditive a lieu de la même façon par excitation des bâtonnets à la surface des cellules ciliaires. Grâce à cette analogie, on aura prouvé dans une certaine mesure l'existence de la couche de bâtonnets et on croit pouvoir nier la connexion, avancée par moi, de la membrane de Corti avec l'appareil auditif terminal.

La conclusion que l'excitation des cellules nerveuses terminales par les ondes sonores, dans le limaçon, se produisait absolument par l'intermédiaire de cils auditifs, faisant librement saillie et pouvant aussi se mettre en vibration tout comme chez les invertébrés et dans le vestibule des vertébrés inférieurs, s'imposait d'elle-même, et pourtant elle est fausse. Ces cils auditifs libres dans la première catégorie d'animaux, ont leurs analogues chez les mammifères et chez l'homme dans les cellules auditives de la tache et de la crête acoustiques. Les sensations obtenues avec un limaçon perfectionné ont quelque chose de plus parfait. On en peut juger par les formes rudimentaires de cet organe, à propos duquel on n'a jamais jusqu'ici fait de recherches suffisantes. Selon toute vraisemblance les animaux les plus élevés entendent plus et mieux que ceux des classes inférieures. Comment oserait-on prétendre et affirmer que la transmission d'une excitation

spécifique dans un limaçon aussi perfectionné et aussi différent puisse se faire comme dans les capsules auditives primitives des crustacés et des insectes ou encore dans le saccule et l'utricule des poissons? Ce serait vraiment surprenant que le limaçon des mammifères et de l'homme, construit d'une façon si différente, fût disposé pour la perception des ondes sonores, absolument comme les organes des vertébrés et des invertébrés placés tout à fait au bas de l'échelle animale. Ceux-ci sont même tout à fait ou à peu près privés de cet organe dont nous sommes si fiers. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. 25, H. 1 und 2, 5 août 1887.) M. NATIER.

Accommodation synergique des deux organes auditifs et de leur dépendance mutuelle.

M. Gellé a remarqué qu'une légère pression exercée sur l'un des deux conduits amène aussitôt une diminution de la sensation sonore perçue par l'oreille du côté opposé. Toutefois le phénomène ne se produit qu'autant qu'il existe une intégrité absolue de l'appareil récepteur des ondes. Chez une hystérique hémianesthésique, il a pu constater qu'en agissant sur l'oreille sourde, on abaissait constamment la force du son perçu par l'autre, ce qui prouverait que les deux moitiés du corps échangent des fibres nerveuses. (*Soc. de Biologie*, 11 juin 1887. — *Progrès méd.*, n° 25, 18 juin 1887.) M. N.

De l'eczéma de l'oreille (leçon clinique faite par le professeur ADAM POLITZER à l'hôpital général de Vienne).

Il existe deux sortes d'eczémas de l'oreille externe : l'*eczéma aigu vésiculeux* et l'*eczéma chronique squameux*.

Le premier peut se borner à certaine partie de l'oreille externe ou l'envahir au contraire dans son entier. On voit apparaître d'abord des vésicules qui se rompent et laissent à leur place des surfaces humides sur lesquelles apparaissent bientôt des croûtes jaune clair. Il peut aussi se former des vésicules purulentes qui crèvent, se séchent et forment ensuite d'épaisses croûtes sous lesquelles persiste l'exsudation purulente.

L'eczéma aigu seul ou combiné avec un eczéma aigu du

visage reconnaît les causes les plus diverses; l'eczéma circonscrit à la portion supérieure de l'hélix est symétrique et se rencontre chez les personnes habituées à dormir sur des oreillers de crin.

Lorsque l'eczéma envahit le conduit il y a altération mécanique de l'ouïe, accompagnée de bruits subjectifs. La marche et la terminaison n'offrent rien de particulier.

Entre l'eczéma aigu et l'eczéma chronique se rangent ces formes subaiguës d'eczémas croûteux et impétigineux surtout localisées à la face postérieure du pavillon et dans les plis et cavités de la conque. Ces eczémas sont douloureux par les démangeaisons qu'ils occasionnent.

L'eczéma chronique imprime à la peau des modifications plus profondes. Il se produit une hypertrophie du tissu conjonctif sous-cutané, de la raideur du pavillon et du rétrécissement du conduit.

Il se montre sous deux formes : la forme *croûteuse* comprenant la formation de croûtes avec exsudation séreuse ; la forme *squameuse* caractérisée par de l'hyperhémie et de l'hypertrophie de la peau avec desquamation permanente de l'épiderme.

Comme symptômes, on constate dans l'eczéma chronique de la démangeaison et des bruits subjectifs consécutifs à l'obstruction du conduit.

La marche et la terminaison varient suivant le degré de la maladie de la peau.

Le pronostic, favorable dans les cas légers, l'est beaucoup moins dans les formes très étendues.

Les surfaces atteintes d'eczéma doivent être toujours protégées à l'aide d'un corps gras ; l'eczéma intertrigo sera recouvert de poudre de calomel. On peut dans certains cas d'eczéma aigu douloureux recommander l'application de compresses froides avec addition d'acétate de plomb. L'ichthyol aurait rendu de grands services. Les croûtes ne seront jamais détachées violemment, il faudra les faire ramollir avant de les enlever, après quoi on procédera à l'application de pansements par des onguents.

Quant à l'eczéma squameux, on le traitera dans ses formes légères par des badigeonnages répétés avec des liquides conseillés par l'auteur. L'épiderme est-il très épais, on devra d'abord le ramollir après quoi on agira comme précédemment. Mais de tous les remèdes, le plus actif contre les eczemas squameux du conduit auditif externe est constitué par des *cautérisations avec des solutions concentrées de nitrate d'argent*.

Les récidives seront évitées par des badigeonnages longtemps continués avec une légère couche de pommade au précipité blanc ou avec une pommade faible à l'huile de cade.

Les bruits subjectifs et l'altération de l'ouïe peuvent disparaître avec la guérison de l'eczéma, mais il y a cependant des exceptions. Chez les enfants la médication interne (fer et arsenic) pourra dans certains cas abréger la marche de l'eczéma. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., n° 8, août 1887.)

M. NATIER.

Nouveau procédé d'assèchement du conduit auditif externe par l'air sec et chaud, par les Drs COUËTOUX (de Nantes) et HAMON DU FOUGERAY (du Mans.)

Souvent en otologie, on a besoin de dessécher aussi complètement que possible les parois du conduit auditif externe ainsi que la membrane tympanique. M. Couëtoux a eu l'idée d'employer l'air sec et chaud ; pour se procurer un appareil qui pût fournir un courant sec et chaud tout à la fois, M. Hamon du Fougeray a fait subir à l'appareil pour insufflations médicamenteuses de la caisse du tympan du Dr Ladreit de Lacharrière, quelques modifications nécessaires. Et de la sorte, dans la pratique, il suffit de deux à trois minutes pour avoir un air à 30° bien sec, qui pourra dans certains cas rendre de grands services. (*Ann. des mal. de l'oreille*, etc.; n° 7, juillet 1887.)

M. NATIER.

Otite catarrhale aiguë double. Encéphalo-méningite. Mort. (*Otitis catarrhalis acuta duplex. Encephalomeningitis. Tod*), par le Dr TH. HEIMAN, de Varsovie.

On croyait. jusque dans ces derniers temps, que l'abcès cérébral, la méningite, la phlébite, ainsi que la pyémie et

la septicémie consécutives aux affections de l'oreille, résultaient toujours d'une inflammation purulente et, le plus souvent, d'une suppuration chronique avec ou sans carie du temporal. L'observation que l'auteur présente doit être rapprochée, d'après lui, de celles de Wendt, Zaufal et Schwartz, qui ont les premiers montré qu'un simple catarrhe de la caisse avec sécrétion séreuse ou muqueuse et sans perforation du tympan peut donner lieu aux mêmes accidents mortels.

Le sujet, un homme de trente-trois ans, d'une excellente santé habituelle, ne présentait aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel. La maladie débuta par un catarrhe aigu nasal et guttural.

Deux jours après le début, élancements d'oreille qui durèrent un jour, et surdité. Au bout de cinq jours, le malade prit un bain au sortir duquel il éprouva un frisson, du vertige, de la douleur de tête limitée au côté gauche, faiblesse, vomissements, constipation; les élancements d'oreille reparurent plus forts et un médecin qui vit le malade ne constata pas de fièvre (?). Il prescrivit du calomel. Amélioration rapide, le mal de tête, les vomissements et la douleur d'oreille disparurent, le vertige et l'état nauséeux diminuèrent, la surdité persista ainsi que la faiblesse générale. Deux jours après, la douleur d'oreille reparut et l'oreille gauche présenta un léger écoulement muqueux, pas de fièvre.

C'est à ce moment que l'auteur vit le malade pour la première fois. Il constata une rougeur des tympanes, un peu de convexité de leur moitié supérieure et une étroite perforation du côté gauche; perception osseuse intacte. La température était à 37° 2, il y avait de la faiblesse générale, de la pesanteur de tête, des vertiges, un peu de constipation. La douche d'air améliora notablement l'ouïe. Peu de temps après, l'oreille droite donna également issue à un peu de mucosité, amélioration notable; des symptômes précédents il ne persista que de la pesanteur de tête, de la faiblesse, de l'irritabilité et un facies qui exprime une dépression générale.

Le seizième jour depuis le début des accidents, après une veille prolongée et tout à coup, le malade éprouva une douleur vive de toute la tête, frisson, vertige intense, vomissements, température 38° 8, le pouls plein, dur, bat 101 pulsations, la figure est grippée, les pupilles rétrécies, photophobie extrême. Le sensorium n'est pas très atteint; contracture des extrémités supérieures, mouvements convulsifs des membres inférieurs. Le soir, frisson d'une heure de durée; T. 41° 5, pouls 90. Les symptômes précédents persistent, ptosis, convulsions cloniques des extrémités.

Le lendemain, T. 38° 5, pouls filiforme, intelligence abolie; la bouche est déviée à droite, respiration supérieure, parésie des extrémités inférieures et du bras gauche, et convulsions cloniques du membre supérieur droit, réflexes à peu près abolis. Mort le soir du même jour.

L'autopsie n'ayant pu être faite, l'auteur cherche néanmoins à établir d'après l'analyse des symptômes que les lésions cérébrales étaient bien une complication de l'affection catarrhale de l'oreille. Il indique, sans pouvoir préciser, par quelles voies l'inflammation a pu se propager au cerveau; et quant à la nature même de la lésion, il pense que dès le début de la maladie (cinquième jour) la substance cérébrale avait été atteinte donnant lieu aux premiers symptômes observés; que, comme il arrive souvent, cette inflammation avait paru céder rapidement, laissant derrière elle ses conséquences, — peut-être un abcès. — Cette inflammation aurait subi une exacerbation sous l'influence d'une cause quelconque, d'où violente inflammation diffuse du cerveau et des méninges et, dans les dernières heures, phlébite et thrombus des sinus. Cette dernière complication paraissait indiquée par le frisson du soir du seizième jour, l'élévation considérable et la chute rapide de la température. (*Monatsschrift für Ohrenh.*, 1887, n° 9.)

D^r WAGNIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Arloing.** — Pharynx, anatomie et physiologie (*Dict. des sc. méd. de Dechambre*, 1887).
- Arnozan et Moure.** — Pharynx, pathologie (*Dict. Encycl. des sc. méd. de Dechambre*, 1887).
- Authenac.** — Des grenouillettes ou kystes muqueux du vestibule de la bouche (*Thèse de Montpellier*, juillet 1887).
- Bobone.** — Syphilis héréditaire avec lésions graves de la joue, de la langue, du voile palatin, de l'oreille, etc. (*Bollet. dell' mal. dell' orecch.*, etc., n° 6, 4^{er} novembre 1887).
- Bobone.** — Syphilis phéréditaire, lésions graves de la peau, de la langue, du voile du palais, de l'oreille, du larynx et de la trachée (*Bollet. delle malat. della gola, etc.*, an. V, n° 6, Florence, 1887).
- Biondi (D.).** — Les micro-organismes pathogènes de la salive (*Bresl. Aerzt. Zeitsch*, n° 48, septembre 1887).
- Bimar et Lapeyre.** — Recherches sur les veines du pharynx (*Acad. des sc. Paris*, 34 octobre 1887).
- Boucomont.** — Angine arthritique (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, 25^e année, Rouen, 1887).
- Broca (A.).** — Contribution à l'étude du développement de la face; études sur le bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure (*Ann. de Gynécol.*, août, sept., oct. 1887).
- Broca.** — Pharyngotomie, pharyngectomie (*Dict. des sc. méd. de Dechambre*, 1887).
- Brugia.** — Deux cas rares de lésions unilatérales de la langue (*Arch. ital. per le mal. nerv. Milano*, 1887, XIV, 58-71).
- Buonanno.** — Amputation de la langue avec l'écraseur (*Annali degli Incurabili*, nos 3 et 4, mars et avril 1887, Naples).
- Chittick (W. R.).** — Ulcération pseudo-membraneuse de la gorge (*Tr. Mich. m. soc. Detroit*, 1887, 161, 166).
- Condamin.** — Brûlure de la bouche par une fusée (*Soc. des sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, n° 46, 13 nov. 1887).
- David.** — La stomatite aphteuse et son origine (*Arch. gén. de méd.*, sept., oct. 1887).
- Erben.** — Paralyse du pharynx et du larynx dans l'hémiparalyse bulbaire (*Wien. med.*, Bl., 1887).
- Eraud (J.).** — Stomatite aphteuse entretenue par des cautérisation au nitrate d'argent. Grenouillette parotidienne aiguë (*La prov. méd.*, 15 octobre 1887).
- Fortunet (H. D. de).** — Note sur quelques cas de tumeur des gencives (*Rev. de Chir.*, n° 40, oct. 1887).
- Gangolphe.** — Résection du maxillaire inférieur (*Lyon méd.*, n° 48, 6 novembre 1887).
- Giacich.** — Importance de l'examen de la langue au point de vue du diagnostic et du pronostic (*Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1887, XXIII, 441, 444).

- Glasgow.** — Un cas de leucoplasie buccale; guérison (*The N.-Y. med j.*, 22 octobre 1887).
- Grancher.** — Du noma (*Journ. des conn. méd.*, 7 oct. et 23 nov. 1887).
- Gray Croly (H.).** — Tumeur maligne de l'amygdale (*The Dublin Journ. of med. sc.*, oct. 1887).
- Green.** — Application locale du liquide de Condy dans la glossite syphilitique (*The Lancet*, 12 nov. 1887).
- Griffini.** — La reproduction des organes du goût : étude expérimentale (*Rend. del R. I. Lombar. etc.*, II, vol. 20, etc.).
- Guerini.** — Obturateur du voile du palais (*Giornale Internaz. etc.*, an. IX, no 10, Naples 1887).
- Guinon.** — De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, sept. 1887).
- Hartzell.** — Plaques bénignes transitoires de la langue, glossite exfoliatrice (*Med. news*, 29 oct. 1887).
- Henry (L.).** — Affection spéciale de la langue ressemblant à un morceau de bœuf (*Austral. med. J., Melbourne*, 1887, n. s., IX, 217-220).
- Hirtz.** — De la stomatite confluyente bénigne et de son traitement (Clinique in *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, novembre 1887).
- Hind (A. E.).** — Sarcome myéloïde de la joue, enlèvement du maxillaire supérieur; guérison (*Lancet, London*, 1887, II, 214).
- Hobbs.** — Un cas de blessure inaccoutumée de la langue (*The med. Press*, 17 juillet 1887).
- Hobbs.** — Phénomène nerveux observé dans un cas de dénudation de la partie antérieure de la moelle à la suite d'une ulcération de la partie supérieure du pharynx (*Saint-Louis Med. and surg. journ.*, nov. 1887).
- Ja'a.** — Contribution clinique à l'étude de la lésion spéciale de la lèvre inférieure (*Giorn. ital. delle malat. vener., etc.*, juillet et août 1887).
- Judée.** — Action du système nerveux sur la production de la salive (*Acad. des sc.*, 7 novembre 1887).
- Knight (C. H.).** — Le galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales (*The N.-Y med. journ.*, 24 sept. 1887).
- Kostanecki (C.).** — L'ouverture tubaire du pharynx, ses rapports avec la cavité naso-pharyngienne (*Arch. f. mikr. Anat.*, Bonn, XXIX, 1887, 539-592, 2 pl.).
- Koch (P.).** — Considérations sur les paresthésies des premières voies aériennes (*Ann. de l'oreille et du lar.*, no 14, nov. 1887).
- Kocher.** — Epithélioma de la langue et des ganglions, opéré par la méthode de Kocher (*The Lancet*, 15 octobre 1887).
- Kumar.** — Glossite (*Wiener med. Blatter*, X, 19, 1887).
- Legneu.** — Un cas de dyspnée pseudo-asthmatique dans le cours d'un cancer du pharynx (*Gaz. méd. de Paris*, 5 nov. 1887).
- Leoni.** — Des certaines toux rebelles et de leurs rapports avec un vice de conformation de la luette (*Riforma medica*, an. III, no 244, Naples 1887).
- Lockhart.** — Epithélioma de la langue, extirpation (22 octobre 1887).
- Lürhmann.** — Traitement de la fissure palatine (*Inaug. Dissert.*, Bonn, 1887).
- Lunn (J. R.).** — Trois cas d'excision de la langue (*Proc. W. London med. Chir. Soc.*, 1884-86, Lond. 1887, II, 92, 94).
- Major.** — Nouvel instrument pour enlever les productions morbides de la voûte du pharynx (*Can., m. and s. j.*, nov. 1887).

- Marmaduke.** — Glossite aiguë compliquée de fissures (*Med. soc. of Lond.*, 7 nov. 1887).
- Menger.** — Hémorragie de la bouche chez un enfant de 9 jours, atteint de stomatite parasitaire; autopsie et examen microscopique (*Daniel's Texas m. J.*, Austin, 1887-8, III, 35-40).
- Mikulicz.** — Méthode opératoire dans la pharyngotomie latérale (*Przeegl. les Krakow*, 1887, XXVI, 351).
- Magitot.** — Sur la glossodynie (*Acad. de méd.*, 18 oct. 1887).
- Nauwerck (G.).** — Etude sur la muqueuse du pharynx (*Inaug. Dissert. Halle A. S. Druck vom E. Kanas*, 1887).
- Pitres.** — Préoccupations hypoc. local. sur la langue (*La Trib. méd.*, 16 octobre 1887).
- Poyet.** — Ulcérations imaginaires de la langue (*Journ. des connaissances méd.*, 20 octobre 1887).
- Rappin.** — Micro-organismes de la cavité buccale des animaux (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 octobre 1887).
- Reclus.** — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (*Gaz. des hôp.*, 3 nov. 1887).
- Relton (B.).** — Cas grave de glossite aiguë (*Lancet, London*, 1887, II, 112).
- Robertson.** — Hypertrophie de la langue et des amygdales (*British med. journ.*, 19 nov. 1887).
- Rothman (A.).** — Papillome de la bouche (*Oesterr. ungar. Vrtljschr. f. Zahnk, Wien*, 1887, III, 204-209).
- Sanderson.** — Vaisseau pulsatile du pharynx (*Brighton a. Sussex med. Chir. Society*, 1^{er} sept. 1887).
- Sauer-Chryscinics.** — Appareil pour fracture du maxillaire supérieur (*Deuts. med. Ztg.*, n° 83, 17 oct. 1887).
- Schulthess.** — Un cas de rhinosclérome (*Deuts. Arc. f. Klin. med.*, Bd LI, 1886).
- Seiss (R.).** — Rapports de la pharyngite chronique avec les inflammations des fosses nasales et de l'oreille (*Med. news*, 22 oct. 1887).
- Fota y Lastra.** — Angine de Ludwig (*Rivista med. de Sevilla*, 15 octobre 1887).
- Testut.** — Plexus pharyngien (*Dict. Encycl. des sc. med.*, 1887).
- Trélat.** — Epithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais (*Gaz. des hôp.*, 17 novembre 1887).
- Vaquez (H.).** — Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose et reproduisant le type des dents réputées syphilitiques (*Ann. de dermat. et syphilig.*, n°s 8-9, 1887).
- Vernueil.** — Des ulcérations imaginaires de la langue (*Acad. de méd.*, Paris, 27 sept. 1887).
- Vilpel.** — (Service du doct. Després). Cancer de la langue. Ablation de la langue avec l'écraseur (*Journ. des conn. méd.*, 13 oct. 1887).
- Vignal (W.).** — Recherches sur les micro-organismes de la bouche et sur quelques substances alimentaires (*Arch. de phys.*, n° 7, oct. 1887).
- Wharton.** — Sept cas de stomatite gangréneuse (*The. med. a. surg., rep.*, 17 sept. 1887).
- Wheeler (W. J.).** — Cas de pharyngotomie (London, 1887, Baillière, Tindall et Cox, 12 p., 1 pl., 80°).
- Zuckerkaudl.** — A propos de l'hémorragie après l'amygdalotomie (*Med. Jahrb.*, 1887).

Nez et Pharynx nasal.

- Arnozan.** — Affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales (*Assoc. franç. pour l'avanc. des Sc.*, Toulouse, 1887).
- Arvizet.** — Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales (*Thèse de Lyon*, août 1887).
- Bassini.** — Résection ostéoplastique du nez pour l'extirpation des polypes (*Assoc. méd. italienne, sect. chirurgie*, 1887).
- Beverley Robinson.** — Note sur une cause fréquente de l'hémorragie du nez (*The N.-Y. med. Journ.*, 24 sept. 1887).
- Beuder.** — Du rhinosclérome (*Centralb. f. etc.*, 1, 19).
- Braun.** — Cas de tumeur du naso-pharynx (*Intern. klin. Rundschau*, n° 27, 1887).
- Bride (M.).** — Tumeur naso-pharyngienne (*Med. Chir. Soc. Edimb., med. J.*, octobre 1887).
- Bryson Delavan.** — Traitement du coryza atrophique par les applications de courants galvaniques (*The N.-Y. med. Journ.*, 22 oct. 1887).
- Bryson-Delavan.** — Sur l'étiologie des déviations de la cloison du nez (*The New-York med. Journ.*, 12 nov. 1887).
- Campbell.** — Asthme réflexe occasionné par les malad. du nez (*The Amer. Lancet Det. Mich.*, oct. 1887).
- Chapman Jarvis.** — Cas unique d'occlusion des narines antérieures (*The New-York med. Journ.*, 12 nov. 1887).
- Chappell.** — Injections sous-muqueuses dans les maladies de la gorge et du nez (*The med. Rec.*, 22 oct. 1887).
- Dittrich.** — Du rhinosclérome (*Zeitsch. f. Heilk.*, VIII, 2, 3, 1887).
- Donagh (M. G. R.).** — Rhinosclérome (*Can. Pract.*, sept., 1887).
- Farago** — Coryza aigu des nouveau-nés (*Arch. of pediatric*, août 1887).
- Felici.** — Terminaison rare de la rhinite scrofuleuse (*Bollet. delle malat. dell'Orecch., etc.*, n° 6, 17 nov. 187).
- Ficano (G.).** — Difformité ou cause de la déviation nasale opérée par la méthode de Bosworth (*Gaz. degli Ospit.*, 9 oct. 1887).
- Frigerio.** — Localisation du centre olfactif (*Assoc. méd. italienne*, session de Pavie, 1887).
- Garel.** — Traitement des polypes du nez au moyen de l'anse galvano-caustique (*Prov. méd.*, 29 oct. 1887).
- Garel.** — Végétations adénoïdes du pharynx nasal (présentation de malade) (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, Prov. méd.*, 13 oct. 1887).
- Guye.** — De l'aprosodie, ou impossibilité de concentrer son attention sur un sujet déterminé par suite de lésions du nez (*Deuts. med. Woch.*, n° 43, 27 oct. 1887).
- Hajek.** — De l'ozone (Disc. à la Soc. Imp. de Vienne, in *Sem. Méd.*, p. 468, 16 nov. 1887).
- Herzog.** — Sécrétions purulentes du nez (*Mittheil. des Vereins der Aerzte Steiermark.*, 1887).
- Hintrel Whitehill.** — Irrégularités de la cloison du nez sans déviation comme facteur étiologique du catarrhe du nez (*N.-Y. med. Journ.*, 1^{er} oct. 1887).

- Hohlbeck.** — Un cas d'extirpation de polype naso-pharyngien (*Protoo. Sosed Kamkask. med. obtsch.*, n° 13, 1886-87).
- Horand.** — Syphilide acnéique du nez (*Lyon méd.*, 16 oct. 1887).
- Kayser.** — Importance du nez et des premières voies respiratoires pour la respiration (*Pflüger's Archiv.*, XLII, 1887).
- Kemp P. Battle.** — Méthode ingénieuse pour enlever les polypes du nez (*The med. Rec.*, N.-Y., 1^{er} oct. 1887).
- Kostanecki.** — De l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache (*Arch. f. Mikros. Anat.*, juin 1887).
- Limont.** — Végétations adénoïdes (*The British med. journ.*, 19 nov. 1887).
- Luc.** — Asthme héréditaire, accompagné de lésions de la muqueuse nasale. Amélioration (*Thérap. contemporaine*, 14 oct. 1887).
- Mac Coy (A.).** — Etude comparative des meilleurs modes de traitement pour guérir l'occlusion des fosses nasales postérieures (*The N.-Y. med. j.*, 22 oct. 1887).
- Mackenzie (J. N.).** — Le réflexe nasal pathologique, étude historique (*Soc. de laryngol. d'Améric.*, in *N.-Y. med. Journ.*, 20 août et *Ann. des mal. de l'or.*, n° 40, oct. 1887).
- Moure.** — Tumeur nasale (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 octobre 1887).
- North (J.).** — Catarrhe naso-pharyngien chronique.
- Parcidt.** — Kystes dentaires et de l'antre d'Highmore (*Deuts. Monats. f. Zahnheilk.*, VI, 6, 1887).
- Peyre-Porcher.** — Opération pour la déviation de la cloison (*Med. News*, 1^{er} oct. 1887).
- Pollosson.** — Des polypes muqueux des fosses nasales et leur traitement (*La Prov. méd.*, 8 oct. 1887).
- Rafin.** — Lupus du nez (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 2 nov. 1887, et *Lyon méd.*, 20 nov. 1887).
- Rawdon (H.-G.).** — Déformation congénitale du nez avec autre malformation de la face (*Liverpool M. Chir. J.*, 1887, VII, 289-292).
- Richardson.** — Eternuement spasmodique (*British med. Journ.*, 15 oct. 1887, corresp.).
- Reimann (W.).** — Des micro-organismes des sécrétions dans les cas d'ozène (*Inaug. Dissert. Würzburg*, P. Scheiner, 1887).
- Rios-Ruiz.** — Relation entre l'asthme et quelques maladies des fosses nasales (*Rivista med. de Chile*, nos 8 et 9, févr. et mars 1887).
- Roth (W.).** — Maladies de la muqueuse du nez; rapport avec les autres organes; traitement (*Centralb. f. die gesammte Therapie*, oct.-nov. 1887).
- Ruault (A.).** — De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhino-chirurgie (*France méd.*, 1^{er} octobre 1887).
- Rufus Lincoln.** — Tumeur naso-pharyngienne récidivée, guérie par l'électrolyse (*The N.-Y. med. J.*, 22 oct. 1887).
- Saint-Philippe.** — Allaitement par le nez et discussion par Négrié et Moure à la *Soc. de méd. de Bordeaux* (*Journ. de méd. de Bord.*, 23 octobre 1887).
- Schech (Ph.).** — De l'asthme (*Münch. med. Woch.*, 11 octobre 1887, n° 41).

- Schmidt (F. F.). — Quelques cas de larves vivantes dans les cavités du nez et du pharynx (*Daniel's Texas M. J.*, Austin, 1887, 8, III, 46).
- Schnelthess. — Cas de rhinosclérome (*Ziemssen's Archiv.*, Bd 41, p. 1, 2, 1887).
- Seiler Carl. — Du coryza chronique comme cause de l'acné de la face (*The Journ. of American med. Assoc.*, 5 nov. 1887).
- Sinckler. — La migraine chez les adolescents (*Med. News*, 29 oct. 1887, *Philad. county Med. Soc.*, p. 513).
- Sota y Lastra. — Corps étrangers des fosses nasales (*Rivista med. de Séville*, 30 sept. 1887).
- Spicer. — Obstruction du nez (*The British med. Journ.*, 19 nov. 1887).
- Sprengel. — Un cas d'ostéome de l'ethmoïde (*Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd. 35, S. 224).
- Swift. — Un spéculum nasal (*The med. Record*, 12 nov. 1887).
- Uchermann. — Végétations adénoïdes (*Norsk Magazin for Laegeri-denskabem*, II. II, 1887).
- Venturi. — L'odorat des aliénés (*Arch. di Psichitria, etc.*, livraison 4, 1886).
- Verchère. — Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité, et de l'arrière-cavité du nez (*Arch. de Laryngol. et de Rhin.*, n° 4, oct. 1887).
- Williams. — De l'ozène (*Liverpool Med. clinic. J.*, juillet 1887).
- X... — Convulsions épileptiformes consécutives à la cautérisation du nez (*The Polyclinic*, oct. 1887).
- Young (G.). — Oblitération de l'orifice du nez. Opération, amélioration (*The med. a surg. rep.*, 15 oct. 1887).
- Ziem. — Abscess de l'orbite et fistule du sac lacrymal consécutivement à une affection de l'antre d'Highmore (*Allg. med. Cent. Ztg.*, L, VI, 37-38-39, 1887).

Larynx et Trachée.

- Alherthson (A. R.). — Un cas de fracture du larynx (*Can. Prat.*, nov. 1887).
- Baratoux. — De l'extirpation du larynx (*La Pratique méd.*, 22 novembre 1887).
- Barclay-Baron. — Enrouement et aphonie (*Bristol med. chir. Journ.*, n° 46, sept. 1887).
- Barlow. — Laryngite striduleuse (*The Lancet*, 22 octobre 1887, corresp.).
- Bayne. — Une épingle ayant séjourné trois semaines dans le larynx (*The Journ. of the am. med. assoc.*, octobre 1887).
- Bean (C. E.). — Un cas d'hémorragie répétée de la corde vocale (*The N.-Y. med. Journ.*, 24 sept. 1887).
- Bell. — Intubation du larynx (*Memorabilien*, XXVI, 9, 1887).
- Bernard (D.). — Note sur une observation de trachéotomie dans un cas de croup sous le chloroforme (*Marseille méd.*, 30 sept. et *Progrès méd.* 1^{er} octobre 1887).
- Böhrmer (Emile). — De l'extirpation totale du larynx (*Inaug. Dissert.* Wiesbaden u. Zimmert., 1887).
- Bilhaut (M.). — De l'administration du chloroforme dans la trachéotomie (*Annales d'orthopédie, etc.*, n° 3, 15 novembre 1887).

- Bouchaud.** — Aliénation mentale et mutisme hystérique (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 14 et 21 octobre, et *Ann. médico-psychol.*, n° 2, septembre 1887).
- Bouchut.** — Le Tubage du larynx et la trachéotomie au Congrès de Washington (*Paris méd.*, 15 octobre 1887).
- Bresgen.** — Laryngoscopie (*Separat. Abd. aus der Real Encyclop., etc.*, 1887, Druck von Gottlieb Gistel et C^o Wien).
- Bresgen.** — Le larynx (anatomie) (*Separat. Abd. aus der Real Encyclop., etc.*, 1887, Druck von Gottlieb Gistel et C^o Wien).
- Chabanet.** — Le Tubage du larynx dans le croup (*Paris méd.*, 22 octobre 1887).
- Charazac.** — Expulsion spontanée d'un polype du larynx (*Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Toulouse, 1887).
- Charters J. Simonds.** — Tubage du larynx (*Brit. med. Journ.*, 19 novembre 1887).
- Clifford Beale.** — Un cas de lymphome affectant le larynx, les yeux, etc. (*The Lancet*, 15 octobre 1887).
- Cohen.** — Une trachéotomie difficile (*The Polyclinic*, octobre 1887).
- Dello Strologo.** — Mutisme hystérique : guérison par l'hypnotisme (*Morgagni*, an. XXIX, n° 10, octobre 1887).
- Espina y Capo (A.).** — Période anémique de la tuberculose laryngo-pulmonaire (*Rev. de med. y chirurg. prat.*, 1887, XX, 647-655, XXI, 5-13).
- Ferreri.** — Cathétérisme pour sténose syphilitique du larynx (*Lo Sperim.*, fasc. 6, p. 609, 1887).
- Frænkel (B.).** — Guérison primitive d'un cancroïde du larynx après ablation par les voies naturelles (*Archiv. f. Klin. Chirurgie*, XXXIV, 2, 1887).
- Gallet.** — Le tubage de la glotte (*La Clinique*, 17 novembre 1887).
- Gleitsmann.** — Hématome traumatique du larynx (*The med. Rev.*, 29 octobre 1887).
- Hache.** — De l'extirpation du larynx (*Le Bulletin méd.*, 23 novembre 1887).
- Hahn.** — Extirpation du larynx (*Bulletin méd.*, 23 novembre 1887).
- Hartwich (H.).** — Innervation du larynx; paralysie et contracture des cordes vocales (*Inaug. Dissert. Iena*, Druck von B. Engau, 1887).
- Holmes (G.).** — Histoire de la laryngologie depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours (Berlin, 1889, Verlag von A. Hirschwald N.W.).
- Holmes (Gordon).** — Paralysie des abducteurs des cordes vocales (*The Lancet*, 22 et 29 octobre 1887).
- Hooper (F.).** — Anatomie et physiologie des nerfs récurrents (*N.-Y. med. Journ.*, juillet et août et traduit in *Ann. de l'oreille, etc.*, n° 10, 11 et suiv., octobre, novembre et suiv., 1887).
- Johnston.** — Tubercules de la trachée. Présentation de pièces pathologiques (*Can. med. et surg. J.*, octobre 1887).
- Johnson.** — Cancer du larynx (*The N.-Y., med. Jour.*, 24 septembre 1887).
- Jurist.** — Un cas de sarcome du larynx (*Med. News*, 22 octobre 1887).
- La Count.** — Corps étrangers des voies aériennes (*The Journ. of amer. med. assoc.*, 17 septembre 1887).
- Landgraf.** — Affections laryngées dans le cours de la pneumonie fibrineuse (*Charité Ann.*, XII. 1887).

- Lennox-Browne.** — Cause peu connue de mal de gorge (*Philadelphia county med. soc.*, 19 septembre. *Med. News*, 8 octobre 1887).
- Lennox-Browne.** — Vues récentes sur la pathologie et traitement de la tuberculose de la gorge et du larynx (*N.-Y. med. Journ.*, 4^e octobre 1887).
- Lewin.** — Contribution à l'étude de la périchondrite du larynx, et en particulier de la périchondrite syphilitique (*Charité Ann.*, XII, 1887).
- Lovett et Munro (J.).** — Remarques sur le résultat de 327 trachéotomies faites au « Boston city Hospital » de 1861 à 1887 (*Amer. J. of med. sc.*, octobre 1887).
- Lublinski.** — Un cas de sténose de la trachée: guérison par le cathétérisme du conduit aérien (*Deuts. med. Woch.*, Leipzig, 1887, XIII, 554).
- Lublinski (W.).** — La créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée (*Deuts. med. Woch.*, n° 38, septembre 1887).
- MM.** — Rapport sur la lèpre en Europe (particulièrement dans les voies aériennes supérieures) (*Arch. of laryng.*, n° 40, octobre 1887).
- Macdonald.** — Deux cas d'abcès idiopathiques intra-laryngiens (*The Lancet*, 24 septembre 1887).
- Major (J.W.).** — Affections de l'articulation crico-aryténoïdienne (*The N.-Y. med. Journ.*, 21 septembre 1887).
- Masse.** — La région sous-glottique du larynx (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 2 sept. 1887, et *Assoc. franç. pour l'av. des sc.*, Toulouse, 1887).
- Masini (O.).** — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du larynx (*Riforma medica*, an. III, n°s 215 et 216, Naples, 1887).
- M. B.** — Spasme laryngé associé à des symptômes nerveux (*The Lancet*, 19 novembre 1887).
- Michael (J.).** — Formation du registre du chant (*Hamburg u. Leipzig, L. Voss*, 1887. 76. S.).
- Moldenhauer.** — Présentation d'un papillome du larynx (*Medic. Gesells. zu Leipzig*, 28 juin, Schmid's Jahrb., 9, 1887).
- Mollière (D.).** — La maladie du Prince royal de Prusse (*Lyon méd.*, 20 novembre 1887).
- Morris Asch (J.).** — Un cas de sténose laryngée traitée par la divulsion et la dilatation progressive (*The N.-Y. med. J.*, 22 octobre 1887).
- Myles (R.).** — Epithélioma de l'épiglotte (*N.-Orleans med. a. surg. Journ.*, octobre 1887).
- Oltuszewski (Wl.).** — Hémiparalysie du larynx compliquée de la paralysie de quelques nerfs craniens (*Medycyna*, n° 21, 1887, in *Intern. Centralb. f. Laryng. etc.*, n° 4, octobre 1887).
- Poyet.** — Occlusion membranofide du larynx (*Bullet. méd.*, 18 septembre 1887).
- Renshaw (A.).** — Ulcération de la trachée (*Manchester med. soc. in Brit. med. J.*, 5 novembre 1887).
- Renaut.** — Manuel de trachéotomie (Paris, Steinhel, édit., 1887).
- Renzi (de).** — Tuberculose et syphilis pharyngo-laryngée (Traduction de la *Revista clinic. e terap. in France méd.*, 27 octobre 1887).
- Rethi (L.).** — Traitement de la phtisie laryngée par la chaux à l'acide phosphorique (*Wien. med. Presse*, n° 44, 30 octobre 1887).

- Roszbach.** — De la toux nerveuse et de son traitement (*Berl. Klin. Woch.*, nos 43, 44, 24-31 octobre 1887).
- Rushton Parker.** — Cas d'extirpation partielle du larynx, etc. (*British med. Journ.*, 19 novembre 1887).
- Saundby (R.)** — Paralyse des adducteurs des cordes (Corresp. de *The Lancet*, 29 octobre, p. 898).
- Schech.** — Contribution à l'étude de la syphilis des poumons, de la trachée et des bronches (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 5, 1887, in *Intern. Centralb. f. Laryng.*, n° 5, novembre 1887).
- Schmidt (M. S.).** — De la trachéotomie dans la phthisie laryngée (*Deuts. med. Woch.*, n° 43, 27 octobre 1887).
- Schoppe (H.)** — Hygiène de la voix. Etude de l'influence du massage appliqué au larynx. Une observation. (Bon, 1887. Hausteint, 8°).
- Semon.** — Paralyse des dilateurs de la glotte (Corresp. de *The Lancet*, 5 novembre 1887).
- Ter Maten.** — Kyste hémattique du larynx (*Nederl. Tijdschr. V. Geneesk. Amst.*, 1887, XXIII, 679).
- Tillaux.** — Trachéotomie pour un cancer du larynx (*Gaz. des hôp.*, 24 novembre 1887).
- Tissier.** — Cancer du larynx (*Gaz. des hôp.* 19 novembre 1887).
- Tonini.** — Spasme de la glotte consécutif à trauma (*Rassegna S. med.*, an. II, n° 11, Modène, 1887).
- Virchow (R.).** — Réflexions sur les parties malades enlevées du larynx de Son Altesse Impériale et Royale le Kronprinz et lui ayant été communiquées (*Berl. med. Gesells.* 16 novembre 1887, in *Berl. Klin. Woch.*, n° 47).
- Virchow.** — Cancer de la trachée (*Le Bulletin méd.*, 23 novembre 1887).
- Wargunin (B.).** — Des micro-organismes du conduit aérien chez les animaux sains (*Wratsh.*, 13-87, *Deuts. mediz. Ztg.*, n° 91, 1887).
- Wegener.** — Paralyse des muscles du larynx comme symptôme du tabes dorsalis (*Inaug. Dissert.*, Berlin 1887).
- X..** — Sur le vertige laryngien (*La méd. contemp.*, 1^{er} novembre 1887).
- X...** — Une épingle dans le larynx (*The Polyclinic*, octobre 1887).

Oreilles

- Baratoux.** — De quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire (*Progrès méd.*, 29 octobre 1887).
- Baracz (B.).** — Excision du tympan et du marteau dans la sclérose de la caisse. Contribution à la chirurgie de l'organe de l'ouïe (*Wien. med. Woch.*, nos 10-11, 1887).
- Barth (A.).** — Des progrès de l'anatomie et de l'histologie normale et pathologique, ainsi que de la physiologie de l'organe de l'ouïe et du naso-pharynx dans la première moitié de l'année 1887 (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H., novembre 1887).
- Barth (A.).** — Détermination de l'acuité auditive (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H., novembre 1887).
- Barth (A.).** — De la décroissance du son avec les diapasons tenus à distance (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, VIII Bd, I H., novembre, et *Arch. of Otol.*, septembre 1887, n° 3).

- Barth (A.). — Progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'oreille dans la première moitié de l'année 1887 (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H., novembre 1887).
- Bau. — Abscès du cerveau provenant d'une affection de l'oreille (*Brit. med. journ.*, 2 avril 1887. *Arch. pediat.*, avril 1887).
- Bergonzini. — Un cas de surdité verbale (*Soc. med. chirg. di Modena*, in *la Rassegna di sc. med.*, octobre 1887).
- Bezold. — Valeur diagnostique du procédé de Rinne (*Arch. of Otol.*, septembre 1887, n° 3, etc.).
- Biase. — Nouveaux cas d'otite purulente chronique avec abcès encéphaliques consécutifs (*Presse méd. belge*, n° 8, fev. 1887).
- Bickle. — Singulier corps étranger de l'oreille occasionnant la surdité (*Austral. med. Gaz.*, février 1887).
- Borgi. — La diphtérie et le traitement balsamico-hydrargirique (*Arch. di Patolog. inf.*, an. V, n° 6, Naples, 1887).
- Bottard. — Anévrisme de la carotide interne gauche dans le canal carotidien et abcès du cervelet (*Normandie méd.*, 15 novembre 1887).
- Boucheron. — Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopésiées de l'oreille (*Acad. des sc*, 17 oct. 1887).
- Briggs (J. R.). — Polypes de l'oreille et leur traitement (*Amer. pract. a. news*, 1^{er} octobre 1887).
- Buch (A. H.). — Un cas de perte rapide et presque totale de l'ouïe chez un enfant de sept ans. — Syphilis héréditaire comme cause apparente; amériation marquée après l'emploi de l'iodure de potassium (*The med. rec. N.-Y.*, 1^{er} octobre 1887).
- Cardone. — Anomalies de l'oreille (*Arch. di Patolog. inf.*, an. V, n° 6, Naples, 1887).
- Carralero. — Otite moyenne suppurée avec perforation du tympan chez un enfant de quatre ans (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 30 sept. 1887).
- Cheatam. — Traitement des suppurations de l'oreille (*The Amer. pract. and News*, 15 octobre 1887).
- Clairborne (J. H.). — Des bourdonnements (*North Carol. med. J.*, septembre 1887).
- Couetoux. — De l'otologie (*Gaz. des Hôp.*, 21 nov. 1887).
- Curtis (L.). — Concrétions calcaires de l'oreille externe (*The med. a. surg. Journ.*, 22 octobre 1887).
- Donnel (Mac-R.-L.). — Absence congénitale de la portion pétreuse du temporal (*Canada Med. and surg. J.*, mars 1887).
- Eitelberg. — Polype de la caisse sans perforation du tympan (*Arch. of Otol.*, septembre 1887, n° 3).
- Enfield. — Méthode pour introduire la sonde dans la trompe par l'arrière gorge (Correspondance du *Journ. of Am. med. Assoc.*, 15 oct. 1887).
- Eitelberg (A.). — Apparition d'une otite moyenne purulente comme symptôme prémonitoire manifeste dans trois cas de tuberculose (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, I H., novembre 1887).
- Fick. — Mécanisme de la membrane du tympan (*Verh. d. Würzb. phys. med. Gesells.*, 1887, N. F. Bd., 20. S. 73).
- Fiessinger (C.). — Inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes (*Lyon méd.*, n° 45, 6 novembre, et *Gaz. méd. de Paris*, 12 novembre 1887).

- Foster.** — Abcès du cerveau consécutif à une lésion temporelle (*The New-York med. journ.*, 8 octobre 1887).
- Frothingham (G. E.).** — Indications pour la perforation artificielle de l'apophyse mastoïde et du meilleur procédé opératoire (*Med. Reg.*, 17 septembre 1887).
- Fulton.** — Inflammation primitive des cellules mastoïdiennes (*Med. Reg.*, 7 septembre 1887).
- Gellé.** — De la valeur séméiotique de l'audition de la parole suivant les âges, (*Soc. de Biologie*, Paris, 5 novembre 1887).
- Gellé.** — Physiologie de l'oreille interne (*Tribune méd.*, 16 octobre 1887).
- Gomez de la Mata.** — Otite herpétique (*Gaceta de Oftalmol. ot., y lar.*, 15 octobre 1887).
- Goris (Ch.).** — Note sur l'emploi de l'iodol dans le traitement de l'otite purulente chronique. (Bruxelles, E. Ramlot, 1887).
- Grissom (E.).** — Existe-t-il quelques rapports entre la surdi-mutité et la folie (*Amer. Journ., of Insanity*, octobre 1887).
- Hartmann.** — Nécrose du limaçon (*Arch. of Otol.*, sept. 1887, n° 3).
- Hartmann.** — Représentation graphique des résultats obtenus par l'examen de l'oreille avec le diapason (*Archiv. of Otol.*, sept. 1887, n° 3).
- Hartmann (A.).** — Kyste du pavillon de l'oreille (*Zeits. f. Ohrenheilk.* XVIII Bd, 1 H., novembre 1887).
- Jaia.** — Considérations sur la diphtérie et son traitement avec la résorcine (*Morgagni*, n° 9, septembre 1887).
- Josatto.** — La diphtérie cutanée (*Riv. veneta, etc*, juillet 1887).
- Keown (Mac.).** — Perforation de la membrane du tympan avec un instrument triangulaire pour avoir une ouverture permanente (*Braithw. Retrospect.*, janvier 1887).
- Koll (Th.).** — Compte rendu de la section otologique de la soixantième réunion des naturalistes à Wiesbaden (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd, 1 H., novembre 1887).
- Lenhard.** — L'oreille moyenne chez le nouveau-né (*Thèse Paris*, 1887).
- Levrat.** — Corps étrangers de l'oreille externe (*Prov. méd. Lyon.*, 1887. II, 407).
- Malancy.** — Otophone historique, sa valeur (*Arch. of Otol.*, n° 3, septembre 1887).
- Massa.** — Diphtérie des oiseaux et diphtérie des petits enfants (*Modène*, 1887).
- Masucci.** — La fièvre de la diphtéris sans diphtérie, etc. (*Rivista clin. é therapeut.*, an. IX, n° 11, Naples, 1887).
- Ménard et Haquin.** — Accidents épileptiformes et vertige de Ménière (*Journ. des sc. méd. de Lille.*, 30 sept. 1887).
- Middlemass.** — Syncope alarmante à la suite d'injections faites dans l'oreille (*The Lancet*, 15 octobre 1887).
- Mumford (S.-E.).** — Maladie des cellules mastoïdiennes (*Progress*, Louisville, 1887; 8, II, 9-11).
- Murrell.** — Particularités de la structure et des maladies de l'oreille chez le nègre (*Med. Reg.*, septembre 1887, et *Congrès de Washington*).

- Ortolani (V.).** — Surdi-mutité hystérique chez l'homme (*Progreso medico*, an. I, n° 9, Naples, 1887).
- Percepied.** — Otite moyenne aiguë (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, vingt-cinquième année, Rouen, 1887).
- Reuling (G.).** — Remarques sur le traitement de certaines maladies des yeux et des oreilles (*Virginia med. month.*, octobre 1887).
- Sexton.** — Un cas de vertige consécutif à une otite catarrhale chronique, Discussion (*The pract. soc. of New-York The med. Rec.*, 1^{er} oct. 1887).
- Spicer (S.).** — Abscès chronique du cerveau, consécutif à une otite moyenne : autopsie (*Proc. W. London Med. Chir. Soc.*, 1884-86, London, 1887 II, 140-143).
- Steinbrügge (H.).** — Examen par le diapason (*Zeits. f. Ohrenheilk.* XVIII Bd, I H., novembre 1887).
- Stroud.** — Injection de l'oreille (*South. med. Rec. Atlanta*, p. 309, 1887).
- Sufes (L.).** — Épithélioma de l'oreille (*Revista de laring. otol., etc.*, n° 4, octobre 1887).
- Teichmann (L.).** — Trois cas rares de vice de conformation de l'organe de l'ouïe, suivis de surdité (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XVIII Bd. I H., novembre 1887).
- Turnbull (L.).** — Instruments pour améliorer l'audition (*Progress*, septembre 1887).
- Venturi.** — Sur l'ouïe des épileptiques (*Arch. di Psichiat., etc.*, livraison 4, 1886).
- Webster.** — Quelques-unes des causes des affections non suppurées de l'oreille moyenne : meilleur moyen de les éviter (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 8 oct. et voir dernier Index).
- Williams.** — Aspergillus causé par un bain (*Med. and surg. journ.*, Saint-Louis, octobre 1887, n° 4).
- X...** — Singulier corps étranger de l'oreille (*Med. Press.*, 8 juin 1887).
- X...** — Cas tirés de la clinique pour les maladies des yeux, de l'oreille et de la gorge (*Atlanta med. a. surg. J.*, octobre 1887).

Croup et Diphthérie.

- Babier.** — Résultat pratique pour diminuer la diphthérie (*The American Lancet, Det. Mich.*, oct. 1887).
- Casadesus (R.).** — Pharyngo-laryngite diphthérique. Trachéotomie. Guérison (*Revista de Laring., Otol., etc.*, n° 4, oct. 1887).
- Chabanet.** — Tubage du larynx dans le croup (*Paris méd.*, 22 oct. 1887).
- Donnell (Mac R. L.).** — Perte des réflexes rotuliens dans la diphthérie (*Canada medical and surg Journ.*, oct. 1887).
- Douglas (C.).** — Quelques réflexions sur la nature de la diphthérie (*Tr. Mich. M. Soc. Detroit*, 1887, 167-179).
- Dwyer (O.).** — 50 cas de croup traités par le tubage (*The Med. Rec.*, 29 oct. 1887).
- Fidelin.** — Résorcine dans la diphthérie (*Un. méd. de la Seine-Inférieure*, 25^e année, Rouen, 1887).
- Graham.** — Scarlatino-diphthérie (*Can. Pract.*, nov. 1887).

- Guelpa.** — Contribution au traitement de la diphtérie (*Thérap. méd.*, 15 oct. 1887, et *Bull. gén. de Thérap.*, 30 sept. 1887).
- Hill (J.).** — Notes sur la diphtérie (*The med. Bullet.*, n° 9, sept. 1887).
- Johannsen (O.).** — Traitement prophylactique de la diphtérie (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 37, sept. 1887).
- Kœlff.** — Causes qui empêchent de sortir la canule chez les diphtéritiques trachéotomisés (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1887).
- Malloch (A.).** — Rapport sur 19 cas de trachéotomie pour croup diphtéritique (*Canada M. et S. J.* octobre 1887).
- Main.** — Biodure de mercure dans la diphtérie (*The British med. journ.* 15 oct. 1887, corresp.).
- Maschka (Von).** — Mort subite non précédée des symptômes ordinaires; croup intense du larynx et de la trachée; œdème de la glotte (*Wien. med. Woch.*, 1887, n° 37. 782-784).
- Palardy.** — Deuxième étude sur le traitement de la diphtérie (*Un. méd. du Canada*, oct. 1887).
- Paquet.** — Réponse à une étude sur le traitement de la diphtérie du Dr Palardy de St-Hugues (*Gaz. méd. de Montréal*, août 1887).
- Putz.** — Maladies croupeuses diphtéritiques de nos animaux domestiques, leurs relations avec la diphtérie humaine (*Oesterr. Zeitsch. f. Wissenschaft Veterinar*, Bd. 1, H. 1, 1887).
- Ross.** — Etiologie de la diphtérie (*Can. Pract.*, nov. 1887).
- Scholz (G.).** — Paralyse diphtéritique grave, sa guérison par l'hydrothérapie (Berl., 1887, A. Hirschwald, 34 p., 8°).
- Stanley Smith.** — Diphtérie (*The Brit. med. j.*, 22 oct. 1887).
- Snow.** — Acide sulfureux dans la diphtérie (*British med. journal*, 8 octobre 1887).
- Teissier (J.).** — Nature et voies de propagation de la diphtérie (*Lyon méd.*, n° 44, 30 oct. 1887).
- Tonini.** — Un cas intéressant de diphtérie (*Soc. med. chir. di Modena in la Rassegna di sc. med.*, octobre 1887).
- Watson.** — Biodure de mercure dans la diphtérie (*British med.*, 8 octobre 1887).
- Weber.** — Rapport sur 200 cas de diphtérie, etc. (*Inaug. dissertat.*, Berlin, 1887).
- Wagner (W.-G.).** — Oxygénation directe dans le croup substituée à la trachéotomie (*Brit. med. J., London*, 1887, I. 827).
- Ziemssen.** — Paralysies diphtéritiques et leur traitement (*Klin. Vat.*, n° 6, 1887).
- Wellwood.** — (J.-M.). — Origine spontanée de la diphtérie et de la fièvre typhoïde (*Th. doct. N.-Orl. Med. et Surg. Journ.*, 1887, 8. N. S., XV, 102-106).
- Zimmermann.** — Traitement de la diphtérie par l'iode et le bromure de potassium (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 1887).

Varia.

- Albertin. — Cancer de l'œsophage (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, et Lyon medical*, 20 nov., 1887).
- Afanassjew (M. J.). — Etiologie et bactériologie clinique de la coqueluche (*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 39, 40, 41, 42, 1887).
- Blayer. — Bioxyde d'hydrogène; son emploi sous forme de vapeurs ozonisées dans le traitement de la diphtérie, etc. (*Med. Rec. N.-Y.*, 1887, XXXII, 182).
- Bridgman. — Dentier arrêté dans l'œsophage depuis quinze mois (*The Lancet*, 24 septembre 1887.).
- Broca. — Thyroïdectomie (*Dict. encycl. Sc. méd.*, Paris, 1887, 3, S., XVII, 487, 516).
- Bull (W.). — Gastrotomie pour extraire un corps étranger de l'œsophage (*The N.-Y. med. j.*, 29 oct. 1887).
- Chéron. — Nouveaux traitements de la coqueluche (*Union méd.*, 18 oct. 1887).
- Conti (G.). — Extirpation de la parotide pour un épithélioma de la peau de la région parotidienne étendue à la glande (*Raccoglitore medico*, n° 16, 1887, in *Intern. Centrabl. f. Laryng.*, n° 6, 1887).
- Decker. — Contribution à l'action anesthésique de la cocaïne (*Munch. med. Woch.*, n° 39, sept. 1887).
- Dubreuilh. — Goutte exophtalmique partiellement guéri. Tuberculose pulmonaire (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 45, 6 nov. 1887).
- Eglinton. — Déglutition de dentiers artificiels (Corresp. de *The Lancet*, 5 nov. 1887, p. 946).
- Estor. — Un cas de greffe animale avec la peau de grenouille (*Montpellier méd.*, n° 40, 16 novembre 1887).
- Fraser. — Goutte exophtalmique (*Med. chirg. soc.*, in *Edimb. med. j.*, octobre 1887).
- Fredericq (L.). — Thyroïde, physiologie (*Dict. encycl. Sc. méd.*, Paris, 1887, 3. S. XVII, 467-470).
- Fredericq (L.). — Thyroïde, corps ou glande, anatomie (*Dict. encycl. des Sc. méd.* Paris, 1887, 3 S., XVII, 453-455).
- Gardner et Coats. — Perforation de l'œsophage et de l'aorte par une arête (*Glasgow. med. journ.*, juillet 1887).
- Gersung. — Sonde à demeure pour l'œsophage (*Wien. med. Woch.*, n° 43, 1887).
- Grünfeld (E.). — Résultats consécutifs à l'extirpation des glandes tuberculeuses du cou (*Zeits. f. Heilk. Prag.*, 1887, VIII, 191-228).
- Handford. — Dilatation de l'œsophage (*Soc. pathol. de Londres, The Lancet*, 22 octobre 1887).
- Hennig. — Traitement de la coqueluche (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXVI. 3, 4).
- Hermann (G.) et F. Tourneux. — Thymus; anatomie, histologie, développement, physiologie (*Dict. encycl. Sc. méd.*, Paris, 1887, 3^e S. XVII, 415-443).
- Holloway. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales (*British med. journ.*, 15 octobre 1887).

- Janin.** — Le traitement des rétrécissements de l'œsophage (*La Pratique méd.*, 18 octobre 1887).
- Jessett (J. R.).** — Tumeurs de la nuque, leur pathogénie et leur traitement (*Med. Reg. Philad.*, 1887, 1, 601, 25, 49).
- Krimke.** — La cocaïne dans la coqueluche. Manière de s'en servir, quantités à employer (*Deuts. med. Ztg.*, n° 86, 27 octobre 1887).
- Kyner.** — Appareil pour l'air comprimé et raréfié (*The Polyclinic*, oct. 1887).
- Langerhans.** — Un cas d'ulcération de l'œsophage avec inflammation purulente de la muqueuse (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.* Bd. CXIX, H. 2).
- Lowe.** — Traitement de la coqueluche par la benzine (*British med. journ.*, 15 octobre 1887).
- Kirmisson.** — Pathogénie des kystes du sinus maxillaire (*Soc. de Chir.* 19 octobre 1887).
- Magitot.** — Kystes du maxillaire supérieur (*Soc. de Chir.*, 12 octobre 1887).
- Malmsten.** — Un cas extraordinaire de tuberculose (*Svenska Läkare Sällskapet Föreläsningar*, p. 83, *Hygiea*, juin 1887).
- Mollitz (F.).** — Un cas de fistule cervico-branchiale, unilatérale et complète (Saint-Petersb., *Med. Woch.*, n° 37, septembre 1887).
- Montagu Handfield.** — Un cas de myxœdème (*Harveian soc. of London*, in *Brit. med. j.*, 5 novembre 1887, p. 997).
- Morris (H.).** — Deux cas d'affections de la glande thyroïde, traités l'un par l'excision, l'autre par l'injection salique (*The Lancet*, 24 septembre 1887).
- Moiner (K. A. H.).** — Examen d'un liquide obtenu par ponction d'un tumeur de la nuque (*Hygiea*, Stockholm, 1887, et IX, 381-386).
- Nicolaki (D.).** — Statistique de la parotide épidémique (*Med. obosren.*, n° 7, 1887, in *Centralb. f. Laryng.*, n° 8, novembre 1887).
- Nesser.** — Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique (*Rev. méd. de l'Est*, 1^{re} novembre 1887).
- Orcel.** — Goître kystique (*Soc. des Sc. méd.*, 2 novembre 1887).
- Orsel.** — Sur l'extirpation des goîtres (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, *Lyon méd.*, 20 nov. 1887).
- Reverdin.** — Note sur quatre cas de thyroïdectomie (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1887, n. s., XIII, 307).
- Richards.** — Un cas d'abcès rétro-œsophagien (*The Lancet*, 1^{er} oct. 1887).
- Richardson.** — Possibilité d'opérer par l'œsophage dans l'estomac (*The Lancet*, 8 octobre 1887).
- Rolland.** — Quelques considérations sur l'utilité de la laryngologie, de la rhinologie (*Gaz. méd. de Montréal*, septembre 1887).
- Rusconi.** — Cachexie strumiprive et myxœdème (*Gaz. degli Osp.* 5 et 9 octobre 1887).
- Sanquirico e Orechia.** — Conséquence de l'extirpation de la glande thyroïde chez l'agneau et chez le loup (*Gaz. degli Ospitali*, 19 octobre 1887).
- Scott.** — Tumeur maligne de l'œsophage (*The Lancet*, 8 octobre 1887).
- Schawen (Will. V.).** — De l'iode (*Inaug. Dissert. Wurzburg. Bonitas Bauer*, 1887).
- Sighicelli.** — Le corps thyroïde et l'épilepsie (*Assoc. méd. italienne*, session de Pavie, 1887).

- Stewart (J.).** — Myxœdème survenu dans le cours d'une tétanie chronique (*Canada M. and S. Journ.*, Montréal 1887-8, XVI, 70-75).
- Tassi (E.).** — Extirpation d'un néoplasme de la glande thyroïde (*Bulletin d. Accad. med. di Roma*, 1886-7, XIII, 18, 23, et Spallanzani, Roma 1887.)
- Tissier.** — Rétrécissement de l'œsophage et tuberculose (*Annales de l'oreille, etc.*, n° 11, 9 novembre 1887).
- Treves.** — Tumeur cartilagineuse congénitale du cou (*Pathol. soc. of London*, in *Brit. med. j.*, 5 novembre 1887).
- Turnbull.** — Des anesthésiques locaux (*The med. and surg. rep.*, 5 novembre 1887).
- Vigouroux.** — Goutte exophtalmique (*Progrès médical*, 22 octobre 1887).
- Vogel.** — Pathologie et thérapeutique de la coqueluche (*Zeits. f. Therapie*, 12, 1887).
- Weil (C.).** — Cas rare de kyste sanguin de la région supra-claviculaire droite chez un enfant de onze mois; extirpation; guérison (*Prag. med. Woch.*, 1887, XII, 160).
- Wœlfel (A.).** — Traitement chirurgical du goître (Berlin, 1887, Aug. Hirschwald, 90 p).
- Zielewicz.** — Un cas de myxœdème avec stomatite et hépatite interstitielle (*Berl. Klin. Woch.*, 1887, XXIV, 400).

NÉCROLOGIE

Rafaël Ariza.

La laryngologie et l'otologie viennent encore de perdre un de leurs plus fervents adeptes. Le Dr R. Ariza, de Madrid, a succombé le 13 octobre dernier, à l'âge de soixante-un ans, à Sagastiechea (Guipuzcoa). Travailleur infatigable, esprit chercheur et avide de nouveauté, bon observateur et très érudit, Ariza a largement contribué à l'expansion de cette spécialité en Espagne. Parmi ses nombreuses publications, nous relevons plusieurs articles sur la tuberculose laryngée, la paralysie, le cancer et tumeurs de l'organe vocal, sur l'otite moyenne suppurée, l'autophonie, etc., etc. Chaque année, dans les conférences faites à l'hôpital de la Princesse, à Madrid, Ariza publiait, sur la laryngologie et l'otologie, une série d'articles qu'à plusieurs reprises nous avons analysés.

Il collaborait aussi à plusieurs journaux spéciaux de son pays; mais c'est surtout dans *El Siglo medico*, que cet auteur a fait paraître ses plus importants travaux.

Sa mort est une perte irréparable que pleure l'Espagne médicale, comme le regrettent et le pleurent tous ses amis.

TABLE DES AUTEURS ⁽¹⁾

TOME VII

1887

- ABERCROMBIE, 196.
AGNEW, 435, 539.
AIGRE, 269, 304, 345,
ALBRIN, 487.
ALLEN, 524, 644.
ANTONA (d'), 478.
ARIZA, 80, 426.
ASCH, 523, 526.
AYSAGUER, 700, 702.
BABER-CRESWELL, 346.
BACK, 31.
HAMBERGER, 156.
BARATOUX, 258, 335, 340, 702.
BARBACHI, 423.
BARBIER, 280.
BARGELINI, 139.
BARTH, 22.
BARR, 653, 655.
BARTOW, 93.
BASSOLS-PRIM, 279.
BATUT, 188.
BAYER, 17.
BERGEON, 44.
BENHAM, 640.
BERENTSEN, 149.
BESANÇON, 145.
BEUGNIEZ-CORBEAU, 586.
BEZOLD, 274.
BÉCLARD, 160.
BIANCHI, 487.
BING, 275.
BISHOP, 186, 648.
BLOCQ, 88.
BLOIS (de), 530.
BOETTCHER, 722.
BOECKEL, 287, 440.
BOISVERT, 96.
BORENCQ, 86.
BORTHEN (Lyder), 544.
BOSWORTH, 522.
BOTTINI, 478.
BOUCHERON, 256, 699.
BOUCHUT, 646.
BOULENGIER, 486.
BOURDON, 158.
BOURSIER (André), 658.
BOVET, 95.
BRADDON, 283.
BRESGEN, 669, 670.
642, 654, 656, 658.
BRIAND, 151.
BRIDE (Mc), 354.
BRONDET, 159, 203.
BROWNE (Lennox), 63, 566, 591,
BURCKHARDT-MÉRIAN, 275.
BURINE, 546.
BURKNER (Kurd), 660.
BURNETT, 533, 571, 579.
CACCIOLA, 593.
CAMPANA, 591.
CAREAGA, 40.
CARDONE, 439.
CARMALT (G.), 537, 644.
CARPENTIER, 598.
CARTAZ, 82, 665.
CASADÉUS, 278.
CASELLI, 477.
CASSELBERRY, 568, 569, 640.
CECCHINI, 488.
CHABROL, 360.
CHAPMANN, 471.
CHAPOTOT, 483.
CHARAZAC, 484, 704.
CHATELLIER, 255, 330.

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

- POLAILLON, 137, 198.
POLITZER, 275, 276, 724.
POLLACK, 276.
POMBOURO, 203.
PONCET, 43.
POOLEY, (T. H.), 188.
PORTER, 569, 644.
POYET, 252, 268.
PROUT, 531.
RANKIN, 568.
RANDALL, 538.
RATZ, 73.
RATTEL, 182.
RAY, 188, 585.
REGGS, 27.
RENZI, 88.
REVERDIN, 87, 187, 549.
REYNAUD, 586.
RIANT, 178.
RICE, 476.
RICHELOT, 24.
RICHET, 41.
RIER, 530.
ROBINSON-BEVERLEY, 522, 525.
ROÉ, 468, 641.
ROHRER, 73, 76, 274.
ROOSA (St John), 531, 534, 536, 538.
ROSSI (de), 476, 477.
ROTHNOLZ, 88.
ROUTIER, 544.
RUALT, 333, 348, 380, 365, 664, 675, 700.
SAJOUS, 466, 524.
SCHAEFFER, 718.
SCHECH, 156, 661.
SCHIFFERS, 255, 289.
SCHLEMMER, 542.
SCHMALTZ, 71.
SCHMIEGELOW, 441.
SCHOETZ, 387.
SCHWABACH, 23, 75, 87.
SCHWARTZE, 19, 22, 70, 73, 75.
SEELY, 538, 572.
SEIFERT, 668, 671.
SEISS (Ralph. W.), 579, 666.
SELIGMANN, 577.
SEMELEDER, 640.
SEPPILLI, 25.
SEXTON, 532, 573.
SHURLY, 570.
SIMON, 35, 202.
SLOAN, 547.
SOTA Y LASTRA, 505.
SPANNOCCHI, 715.
SPILLMANN, 204.
STARR (Allen), 474.
STEINBRUGGE, 21.
STEPP, 151.
STERN (Max J.), 643.
STOCKER, 657, 658.
STOCKTON, 569, 639.
STOERK, 431, 711.
STORY, 377.
SUZANNE (G.), 706.
TÉRILLON, 30.
THÉOBALD, 533, 538, 576.
THOMAS (R. H.), 564, 640.
THRASHER, 571.
TILLEY, 652.
TIPTON, 599.
TISSIER, 27.
TOURETTE (de la), 277.
TRAUTMANN, 20, 70, 73, 76.
TRÉLAT, 137.
TRAPIER, 548.
TRIFILETTI, 37.
TRUCKENBROD, 21, 22.
TSCHUDI, 274.
TURNBULL, 651.
URBANTSCHITSCH, 275.
URUNUELA, 79.
VACHER, 254, 700.
VERNEUIL, 35, 362, 433.
VIARD, 358.
VIENNOIS, 44.
VIGNAL, 589.
VILLAR, 41.
VOGHT, 366.
VOITURIEZ, 194.
VOLTOLINI, 21.
VULPIAN, 387.
WAGNIER, 313.
WARDEN (Ch.), 655.
WALL-LSCH, 719.
WAXHAM, 200, 647.
WHEELER, 587.
WEISS, 196, 583.
WENDELL (Philipp), 590.
WERTHEIMER, 425.
WOAKES, 658, 687, 688.

TABLE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

ABCÈS cérébral consécutif à une otite, 485, 536, 582; — traitement chirurgical, 583.

ACCOMMODATION synergique des organes auditifs, 724.

ACOUÈTRE : 75.

ACOUSTIQUE : recherches avec démonstration, 75.

ADÉNOME du voile du palais, 617.

ADÉNOPATHIE (trachéo-bronchique) : diagnostic avec la tuberculose, 284.

AMYGDALES : absence (associée avec un vice des organes sexuels), 363; — calculs, 30; — chancre, 31; — fonction, 590; — hypertrophie (traitement par le galvano-caut.), 523; — hypertrophie, 664; — sarcome, 591.

AMYGDALITES : aiguë (chez un syphilitique tertiaire), 198; — (thérapeutique), 364; — infectieuse, 32; — traitement par la cocaïne, 440.

ANATOMIE : voir les différents organes.

ANÉVRYSMES : de l'aorte thoracique, 148; — de la crosse de l'aorte (suffocation), 279.

ANGINE : couenneuse, 35; — hémorragie dans l'angine phlegmoneuse, 33; — dite de Ludwig, 360; — parenchymateuse chronique (thermo-cautère), 198; — pseudo-membran. au cours de la scarlatine, 438; — sous-maxillaire (infectieuse), 27.

ANOMALIE du pavillon de l'oreille 73.

APHASIE : par embolie malarique, 716.

APHONIE hystérique : (gymnastique), 420; — due à une tumeur sous-glottique, 598.

APHTES : nature épidémique, 138.

APOPHYSE MASTOÏDE : abcès dans la rougeole, 340; — les cellules garantissent-elles d'une rupture du tympan dans les changements brusques de pression, 71; — inflammation primitive, 632; — ouverture, 274; — tumeurs malignes, 477; — ouverture et occlusion, 652.

ARTÈRES volumineuses sur le pharynx, 436.

ARTHRITE crico-aryténoïdienne dans la tuberculose lar., 82.

ARY-ARYTÉNOÏDIEN (rôle de l'), 1.

ARY-ÉPIGLOTTIQUES : (replis) rétraction cicatricielle, 420.

ASTHME : pathogénie (théories), 542.

ATAXIE LOCOMOTRICE : spasmes laryngés, 149; — crises laryngées, 424; — paralysie des dilateurs au début, 596.

ATLAS d'images colorées du tympan, 660.

AUDITIF (appareil) : lésions et troubles psychiques, 677, 699.

AUDITIVE (acuité) : — examen (moyen d'enregistrer les résultats), 531; — comment se produit la perception, 712.

AUDITION : scotome, 722.

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

B

- BACTÉRIOLOGIE** de l'otite furonculaire, 649.
BENZOATE DE SOUDE : dans les affections des premières voies aériennes, 363.
BOUCHE : atésie de l'orifice (opération), 588 ; — cancer, (larges ablations), 195 ; — herpès, 591 ; — index bibliogr. 96, 207, 366, 490, 602, 729 ; — micro-organismes, 589 ; — plaques (recherches anatomiques), 706 ; — spasme des ptérygoidiens par affection (de la cavité), 27.
BOURDONNEMENTS : traitement, 578, 633.
BRIGHT (mal de) : otite hémorragique, 382 ; — suppuration du tympan, 531.
BRONCHES (ouverture d'un anévrysme dans les), 148 ; — fistule, 158.
BRUITS (chute foudroyante due à certains) : 586.

C

- CALCULS** : de l'amygdale (accid.) 30 ; — salivaire, sous-maxill., (parasites), 30.
CANAUX SEMI-CIRCULAIRES : fonction, 193.
CANCER de la langue (ablation), 24.
CATHÉTÉRISME du larynx dans les sténoses syphilitiques, 714.
CÉPHALALGIE congestive : (traitement), 475.
CÉRÉBRAL : abcès consécutif à une otite, 485 ; — abcès, 536 ; — complication dans l'otite suppurée, 486 ; — encéphalo-méningite après une otite catar., 726.
CHANCRE : voir les diff. org.
CHEILOPLASTIE : 588.
CHOANES : (voir aussi fosses nasales) (myxo-fibrome), 671.

CHOLESTÉATOMES : de l'os pétreux, 276.

CHORÉE du larynx, 644.

CLOISON : voir fosses nasales.

COCAÏNE : emploi dans la staphylophorie, 197 ; — dans l'amygdalite, 440 ; — dans la coqueluche (chez les jeunes enfants), 552.

COMPTE RENDU officiel de la Soc. française d'otologie et de laryngologie, 252, 330, 698 ; — de la soc. de laryng. d'Amérique, 465, 521 ; — de l'assoc. des médecins de la Grande-Bretagne, 653 ; — du 4^e congrès de la soc. de chir. italienne, 476 ; — du congrès de Washington, 564, 639 ; (otologie), 648 ; — de la société d'otologie d'Amér., 531, 571 ; — des otologistes de l'Allem. du Sud et de la Suisse, 274 ; — de la 59^e réunion des natural. et médecins allemands. 19, 70.

CONDUIT AUDITIF : exostose (ablation), 533, 577 ; — furoncles, 649 ; (cause et traitement), 651 ; — papillomes, 484 ; — procédés d'assèchement, 726 ; — occlusion membraneuse, 85.

COQUELUCHE : nature, description, nouveau traitement, 93 ; — ulcérations de la langue, cautérisation, 95 ; — traitement (par les insufflations dans le nez), 152 ; — emploi de la cocaïne, 552.

CORDES VOCALES : divulsion dans la sténose lar., 425 ; — influence de la tension des) sur le chant, 78 ; — fraise pour le raclage, 269 ; — tension longitudinale, physiologie, 645.

CORNETS : acoustiques, 182. — (voir aussi fosses nasales).

CORPS ÉTRANGERS : extraction (chez les enfants indociles), 86 ; — du larynx (sangues), 277, 528 ; — de l'œsophage, 146, 505 ; — du pharynx, 199.

CORYZA : traitement, 37.
Cou : tumeurs gazeuses, 47; — kystes (nouvelle variété), 88; (séreux), 845; — fistules congénitales, 479; — index bibliographique, 109, 221, 380, 802, 614, 742.
CRICO-ARYTÉNOÏDIENS postérieurs (paralytic), 276; — au début de l'ataxie, 596.
CRISES LARYNGÉES (dans l'ataxie) : 424.
CROUP : (voir aussi diphtérie) traité par le tubage, 203; — opéré et guéri, 392; — médic. préventive, 600; — tubage dans l'asphyxie, 646; — de la muqueuse nasale, 667, 668.

D

DÉCOMPRESSION : rôle dans les accidents, 586.
DEGLUTITION : jeu du voile du palais au 2^e temps (moyen de le constater), 34; action de l'épiglotte, 644.
DIABÈTE : relation avec les affections de l'oreille, 87.
DIPHTÉRIE : anatomie, physiologie; ses rapports avec le tubage, 646; — index bibliographique, 107, 220, 378, 801, 613, 740; — larvée, 202; — perte de l'épiglotte, 149; — (chronique), 149; — rhino-pharyngée (primitive), 37; — statistique, 206; — (traité de la), 478; — traitement, 180, 181; (vinaigre combiné à l'acide phénique), 200; (par le perchloreure de fer), 201; (médical), 203.
DYSPNÉE d'origine paludéenne, 151.

E

ECZÉMA : de l'oreille, 724.
ELECTROLYSE : guérison de tumeur naso-pharyngienne, 528.
EMPHYSEME autour de la trompe

d'Eustache (expériences cadavériques), 276.
EMPYÈME : du sinus frontal, 544.
EPIGLOTTE : perte 149; — action dans la déglutition, 644.
EPIGLOTTITE : oedémateuse circonscrite, 673, 700.
EPISTAXIS : 138; — dans l'hémophilie, 387; — (une cause fréquente d'), 525, 568.
EPULIS : 137.
ERYSIPELE : primitif du larynx, 639.
ETERNUMENT : 139; — hystérique, 385.
ETHYLIQUE (alcool) dans les maladies du nez, pharynx, larynx, 432.
EUNUCHOÏDE (voix); gymnastique, 420.
EXOSTOSE du conduit auditif, (ablation), 533.
EXTIRPATION du larynx, 351.

F

FIBROMES : Voir les différents organes.
FIÈVRE DE FOINS : traitement, 468; étudiée au point de vue clinique, 564, 566, 658.
FIÈVRES ÉRUPTIVES : maladies (de l'oreille dans les), 585.
FISTULES : broncho-cutanées, 158; congénitales du cou, 479.
FOSSES NASALES : Catarrhe (traitement), 571; — chancre induré, 268, 386; — compte rendu du congrès de Washington, 564; de la société française d'otologie, 252, 330, 521, 698; — de la société d'otologie d'Amérique, 531, 571; — choanes (myxo-fibromes), 671; — cloison (opération), 385; — chirurgie, 639; — cornets (chirurgie), 639; — diphtérie, 37; — épistaxis, 138; (prophylaxie), 139; une cause fréquente, 525, 568; — éternument (prophylaxie), 139; hystérique, 385;

— fièvre de foins : 468, étudiée au point de vue clinique, 564, 566; — index bibliographique, 98, 209, 369, 492, 604; — instruments, 638; — maladies (alcool éthylique dans les), 432; — muqueuse (gonflement du côté où l'on se couche), 670; — myasis, 40; — névroses réflexes : 36, 140, 467; céphalalgie, 475; asthme, 542, 658; vertige, 380, 414; — occlusion (congénitale), 529; (osseuse de l'orifice postérieur), 357; traitement (meilleure méthode,) 530; — ozène, anatom. pathol. 71; (essence de térébenthine dans l'), 488; — parosmie 139; — polypes (fibreux), 47, 640; fibro-muqueux des arrière-fosses nasales, 41; du nez (méthode pour les enlever), 140; muqueux, 489; transformations malignes, 17; — rhinite (atrophique), 225, 330, traitement par les courants continus, 470; emploi du thymol, 666; croupales, 667, 668; — rhinolite, 489; — rétrécissement (par étroitesse du palais), 76; rhinosclérome, 543; — sinus frontal, empyème, 544; — tuberculose (ou lupus), 669; — tumeurs malignes primitives; 38; sarcome (ozène), 544.

G

GALVANO-CAUTÈRE : dans l'hypertrophie des amygdales, 523.
GALVANO-CAUSTIQUE (état actuel de la), 640.
GLOTTE : (voir aussi Larynx); région sous-glottique, 623; — œdème chez un nouveau-né, 366; — supplémentaire, 245, 265.
GOÏTRE : autopsie, 551; — dépendant de la grossesse, 546; — est-il héréditaire ? 547; — énu-

cléation intra-glandulaire, 549, 550; — exophtalmique, 91; — extirpation, 548.
GORGE : affections sensorielles, 471; — (causes constitutionnelles), 525; — (effets du tabac sur la), 642; — (syphilis tertiaire de l'arrière-), 358; — ulcération tuberculeuse, 196.
GOUT : nerfs, 26.
GRENOUILLETTE sublinguale (anat. pathog.) 706.

H

HÉMATOME : de l'oreille (éther iodoformé) 483.
HÉMIPLÉGIE urémique (otite hémorragique), 352.
HÉMOPHILIE : épistaxis (mort), 354.
HÉMORRAGIE : dans l'angine phlegmon., 33; après la section de la luette, 194. — névropathique des voies respiratoires, 712; — des voies aériennes (périodique), 569.
HERPES (buccal), 591.
HYDROCÉPHALIE et spasme glottique, 428.
HYGIÈNE de l'orateur, 178.
HYOÏDIENNE : (phlegmon de la région sus-), 196; — suture thyroïdienne, 715.

I

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE : 96, 207, 366, 490, 602, 729.
INJECTIONS : rectales gazeuses, 44; — valeur thérapeutique, 204; — modification, 203.
INSTRUMENTS : Désinfection, nettoyage, 21; — fraise pour le raclage des cordes, 269; — serre-nœud, 458.
INSUFFLATEUR : emploi des poudres dans les maladies de l'oreille, 538.

INSUFFLATIONS d'air dans l'oreille moyenne, 128.

IODOL : dans le traitement de l'otite suppurée, 353.

K

KYSTES (voir les différents organes) : du larynx, 342 ; — du pavillon, 483 ; — du cou, 545 ; — du corps thyroïde, 547.

L

LABYRINTHE : affections (consécutives à la méning. cér.-spin.), 21 ; — diagnostic, 534 ; — syphilis, 576.

LACTIQUE (acide) : dans les suppurations de l'oreille, 702 ; — valeur négative dans la tuberculose laryngée, 84.

LANGUE : Cancer (ablation), 24 ; — Epithélioma, 362 ; — Grenouillette sublinguale (anat., pathog.) 706 ; — (noire), 661 ; — paralysie labio-glosso-laryng., 593 ; — spasme clonique, 25 ; — ulcération dans la coqueluche, 95.

LARYNGÉ supérieur (physiol.), 423.

LARYNGECTOMIE modifiée, 467.

LARYNGITE : aiguë phlegmoneuse, 79 ; — catarrhale (troubles de la voix), 533 ; — chronique et ses suites, 593 ; — hémorragique, 248, 252 ; — hypoglottique, 428 ; — rhumatismale, 571 ; — striduleuse emphysème), 430 ; — syphilitique, 279 ; — traitement, 521 ; (par l'alcool éthylique), 432 ; — tuberculeuse (traitement), 82.

LARYNGOLOGIE : (inauguration du cours de), 144 ; — 20 ans de pratique, 640.

LARYNGOMÉTRIE : conditions anat.-phys. de la voix, 49, 113, 168.

LARYNGOTOMIE : inter-crico-thy-

roïd., 659 ; — dans les maladies du larynx, 714.

LARYNGOPATHIES : diagnostic, 426.

LARYNX : ary-épiglottiques (replis rétract. cicatr., 429 ; — chorée, 641 ; — clinique chirurgic., 658 ; — compte rendu (offic.) de la soc. franç. de laryngol., 252, 330, 521, 698 ; du congrès de Washington, 564, 639 ; — cordes vocales, divulsion pour sténose, 425 ; — fraise pour le raclage, 269 ; — tension longitudinale, 645 ; — corps étrangers, 528 ; sangsues, 277 ; — cours : inauguration, 141 ; — épiglote, action dans la déglutition, 644 ; œdème circonscrit, 673, 700 ; perte, 149 ; — érysipèle primitif, 639 ; — états morbides peu communs, 354 ; — extirpation, 351, 435 ; — faits cliniques, 63 ; — glotte fausse, 429 ; — région sous-glottique, 628 ; — suppléments, 243, 265 ; — instruments, 658 ; — index bibliographique, 101, 212, 371, 494, 606, 734 ; — Innervation : fonction et paralysie, 77 ; — laryngectomie, 467 ; — laryngite aiguë phlegmoneuse, 79 ; catarrhale (troubles de la voix), 533 ; chronique et ses suites, 593 ; hémorragique, 248, 252 ; hypoglottique, 428 ; striduleuse (emphysème), 430 ; — syphilitique, 279 ; traitement, 521 ; — laryngométrie, 49, 113, 168 ; — laryngopathies (diagnostic), 426 ; — lymphatiques, 337 ; — muscles (classification), 268, 404, 501 ; ary-aryténoïdien (rôle de l'), 1 ; (innervation et fonction de quelques), 77 ; — mutisme, 277 ; — myalgie, 471 ; — mycosis et tuberculose, 80 ; — œdème chez un nouveau-né, 366 ; de la glotte, 599 ; (de la partie supérieure du), 599 ; — (opération sur le), 287 ; — pa-

ralysie des adducteurs latéraux, 397; et crises laryngées, 424; des dilateurs, 144, 276; au début de l'ataxie, 396; labio-glosso-laryng., 396; — physiologie du laryngé sup., 423; de la respiration, 422; influence sur le chant, 78; — pratique (vingt ans de), 640; — récurrent: anatomie et physiologie, 473; fonctions, 472; — rougeole: détermination tardive, 280; — rhumatisme chronique, 371; diagnostic différentiel, 370; — son du timbre (étude par les flammes manométriques), 719; — spasme (et hydrocéphalie), 424; — sténose chronique 64, 638; divulsion des cordes, 425, 526; traitement après la trachéotomie, 140; — suffocation: laryngotomie, 714; — syphilis: diagnostic, 370; observations, 394; sténose et cathétérisme, 714; — tubage, 200, 208, 431, 468, 466; chez un nègre, 379; substitué à la trachéotomie, 600, 601, 643, 646, 647; dans les sténoses syphilit., 714, 719; — tuberculose: arthrite crico-aryt. au début, 82; diagnostic, 370; recherches cliniques, 180, 718; remarques, 636; traitement, 82, 246, 687; — galvano-caustie, 640; valeur négative de l'acide lactique, 84; (et pathologie), 366; (et syphilis), 83; — végétations: diagnostic, 278; — tumeurs: fibromes, 364; kystes, 342; papillomes, traitement, 342; sous-glottiques (aphonie), 398; — ventriloquie (physiologie), 717; — voix eunuchoïde, aphonie hystérique (gymnastique), 420; troubles dans la laryng. catarrh., 535.

LEUCOCYTHÉMIE: début par de la surdité, 638.

LIMAÇON: nécrose, 74; — (comment se produit l'audition dans le), 722.

LUDWIG (angine de), 27, 360.

LUETTE: double, 663; — hémorragie (consécutive à la section), 194; — inflammation et incision, 663; — maladies, 390; — papillomes, 639.

LEPUS de la muqueuse nasale, 669.

LYMPHATIQUES du larynx, 337.

M

MARTEAU: fracture du manche, 77.

MASTOÏDE: Voir apophyse mastoïde.

MAXILLAIRE: résection, 136; — catarrhe du sinus, traitement, 253, 289.

MÉNINGITE: cérébro-spinale consécutive à une otite suppurée; 353.

MOELLE épinière (centre respiratoire), 423.

MUSCLES laryngiens (classification), 404, 514.

MUTISME hystérique chez l'homme, 277.

MYALGIE: du pharynx et du larynx, 471.

MYASIS: nouveau cas, 40.

MYCOSIS: et tuberculose laryngée, 80; — du pharynx, 359.

N

NASO-PHARYNGIEN: voir pharynx nasal et fosses nasales.

NÉCROLOGIE: Béclard, 160; — Ariza, 744.

NERFS: du goût, 26.

NÉVROSES RÉFLEXES: d'origine nasale, 36, 467; — les injections de cocaïne, 140; — dans les maladies de l'oreille moyenne, 444; — épilepsie, 638.

NEZ : (voir aussi fosses nasales); — effets du tabac, 642; — états morbides peu communs, 354; — index bibliographique, 98, 209, 369, 492, 604, 732; — ostéotomie, 44; — rétrécissement, 274; rhinosclérome, 543; — (traité des maladies du), 704.
NOUVELLES : 112, 160, 224, 504, 616, 672.

O

OCCCLUSION de l'apophyse mastoïde après son ouverture, 682; — des fosses nasales (congénitale), 529; — traitement (meilleures méthodes), 530.

ŒDÈME : de la glotte chez un nouveau-né, 360; de la glotte, 599; — de la partie sup. du larynx, 599.

ŒSOPHAGE : corps étranger (os), 505; — index bibliographique, 109, 221, 380, 502, 614, 742; — rétrécissement, 98; cancéreux, 153; — varices, 154, 155; — vice de conformation, 96; — étude, 282.

ŒSOPHAGITE aiguë, 156.

ŒSOPHAGOTOMIE externe, 505.

OREILLE : accommodation synergique, 724; — acoustique (recherches, démonstrations), 73; — anatomie pathologique, 720; — bévues et erreurs, 19; — bourdonnements, 653; (traitement), 578; — catarrhe (traitement), 579; — cholestéatomes, 276; — compte rendu de l'Association des médecins de la Grande-Bretagne, 683; — du Congrès de Washington, 648; — de la Société française, d'otologie, 252, 330, 698; — de la Société des otologistes de l'Allemagne et de la Suisse, 274; — de la Société d'otologie d'Amérique, 531, 571; — de la Société des

naturalistes et médecins allemands (89^e réunion), 19, 70; — cornets acoustiques (voir Acoustique), 182; — diabète (relation avec les affections de l'), 87; — ecchymoses dans l'hémophilie, 357; — états morbides peu communs, 354; — index bibliographique, 104, 216, 375, 498, 610, 737; — instruments (désinfection), 21; — maladies de l' : — compliquant les fièvres érupt., 585; rachitisme dans les, 275; particularité chez le nègre, 651; rapport sur 5,700 cas, 648; troubles psychiques, 677, 699; — otophone de Maloney (examen de 15 sourds-muets), 571; — osselets (excision), 573; — ouïe : anatomie pathologique, 70; l'examen de l'acuité, 531; (nécessité d'examiner l') chez les employés, 71; troubles chez les employés du chemin de fer, 23; scotome, 722; — Rinne (statistique pour l'appréciation du procédé de), 76, 274; — sinus (thrombose), 274, 581; — structure (particularités chez le nègre), 651; — surdi-mutité et mariages consanguins, 655; — surdité : (fièvre cérébro-spinale), 652; leucocythémie et paral. faciale, 688; dans les oreillons, 70; quinqué, 638; verbale, 487; — lésions des lobes temporaux sans surdité, 192; — temporal : fistules (essence de térébenthine), 488; inflammation 652; ouverture, 652; préparation macérée, 75; tumeurs malignes, 477; — traitement : bévues et erreurs, 19; emploi des poudres, 538; — vomissements causes de trouble, 487.

OREILLE EXTERNE : assèchement, 726; — conduit : exostoses

- (ablation), 523, 577; eczéma, 724; — occlusion membraneuse, 83; otite furonculaire, 647, 651; — papillomes, 484; — corps étrangers (extraction), 86; — pavillon: anomalies, 73; épithélioma, 183, 350; hématomas (inject. d'éther iodoformé), 483; kystes, 183, 577; — bronchial, 483; — tragus, pression, résultat, 73.
- OREILLE MOYENNE**: chancre mou, 86, 354; — écoulement, 484; — fracture du marteau, 77; — granulations (traitement), 276; — insufflations d'air, 128; — névroses réflexes dans les maladies, 444; — otite (aiguë pendant la dentition), 186; — exsudative avec accès épileptiformes, 76; — moyenne subaiguë, granulie, 258; — suppurée, 194; — otorrhées: (compliquées), 254, 267; traitement, 579; thrombose du sinus latéral, 581; — suppuration: (chez un Brightique), 536; syphilis héréditaire (cause de), 652; emploi de l'acide lactique, 702; — trompe d'Eustache (obstruction), 257, 296; troubles de la sensibilité dans les inflammations 273; — tympan artificiel, 515; atlas d'images coloriées 660; excision, 573; inflammation aiguë, 275; — opérations, 186; perforation, 276; pressions au point de vue diagnostique, 342, 591; rupture, 188.
- OREILLE INTERNE**: affections consécutives à la méningite cérébro-spinale, 21; — (affections de l') (diagnostic), 534; — chute due à certains bruits, 586; — décompression brusque, 586; canaux semi-circulaires, fonction, 193; — limaçon: audition (comment elle se produit dans le), 722; affection primitive, 76; nécrose, 74; — otite primitive, 275; — syphilis, 576;
- OTOPHONIE**: (Maloney), examen de 15 sourds-muets, 571.
- OTORRHÉES**: abcès cérébral, 582; — compliquées, 254, 267; — considérations, 484;
- OREILLONS**: surdité, 701.
- OSSELETS**: excision dans l'inflammation purulente, 573.
- OSTÉOTOMIE** du nez, 44.
- OTALGIE** nerveuse, 276.
- OTITE**: abcès cérébral, 488, 582; — suppurée (complication cérébrale), 486; — furonculaire, traitement, bactériologie, 649; — catarrhale aiguë (encéphaloméningite), 726.
- OTITE MOYENNE**: aiguë (dans la dentition), 186; — hémorragique, (dans le mal de Bright), 352; — purulente dans la rougeole, 340; — subaiguë, granulie, 258; — suppurée, 194; — méningite, 353; — thrombose et phlébite, 581; — traitement par l'iodol, 353; — traitement, 579; (chirurgical), 583.
- OCIE**: (anatomie pathologique de l'), 70; — nécessité d'examiner l', des employés de chemin de fer, 71; — opérations sur le tympan dans les altérations, 186; — examen, 531; — trouble chez les employés de chemin de fer, 23.
- OZÈNE** (voir aussi rhinite et coryza). Anatomie pathologique, 71; — (essence de térébenthine dans l'), 488; — après l'ablation d'un sarcome, 544.

P

- PALUDÉENNE** (dyspnée), 151.
- PARASITES**: dans les calculs salivaires, 30.
- PAROSMIE**: ses causes, traitement, 139.

PARALYSIE : des adducteurs latéraux, 597; — des dilatateurs, 144; — au début de l'ataxie, 596; — de la face et leucocythémie, 688; — labio-glosso-laryngée (anat. pathol.), 593.

PAROTIDE : index bibliographique, 109, 221, 380, 502, 614, 742.

PAVILLON : kystes, 183, 577; — épithélioma, 183, 350; — Kyste branchial, 483.

PÉTREUX (os) : voyez Temporal.

PHARYNX : (adhérence du voile au), 439; — (alcool éthylique dans les maladies du), 432; — Artères (cinq cas) sur la paroi, 436; — corps étrangers, 199; — diphtérie, 37; — index bibliographique, 96, 207, 366, 490, 602, 729; — myalgie, 471; — mycose, 559; — pharyngite sèche, 161; — sténose (cas rare), 137; — syphilis tertiaire, angine aiguë, 198; tertiaire de l'arrière-gorge, 358; — tuberculose et syphilis, 85; — tumeurs (ablations), 38; cancer (larges ablations), 198; fibrome, 364; pharyngocèle (pharyngotomie), 587; — ulcération tuberculeuse, 196, 591.

PHARYNX NASAL : index bibliographique, 98, 209, 369, 492, 604, 732; — névroses, 658; — polypes, 476, 660; — (traité pratique des maladies du), 704; — tumeur (guérie par l'électrolyse), 528; — végétations, 42, 179, 358, 604.

PHARYNGITE sèche, 161.

PHARYNGOTOMIE : pour pharyngocèle, 587.

PHLEGMON sus-hyoïdien, 27 (voir aussi les différents organes).

PHOTOGRAPHIE stéréoscopique de l'anatomie de l'oreille, 70.

PHTISIE : voir Tuberculose.

PHYSIOLOGIE : de la respiration, 422; — du laryngé supérieur, 423.

POLYPES : fibreux des fosses na-

sales, 640; — fibro-muqueux des arrière-fosses nasales, 41; — muqueux, transformation maligne, 17; — muqueux du nez (moyen pour les enlever), 140; — naso-pharyngien, 660.

PRATIQUE laryngologique (20 ans de), 640.

PRESSIONS centripètes et centrifuges, 342, 394.

PSYCHIQUES (troubles) et lésions de l'appareil auditif, 677, 699.

R

RACHITISME : dans les maladies de l'oreille, 275.

RÉCURRENT : nouvelles fonctions, 472; — anatomie et physiologie, 473.

RESPIRATION : physiologie, 422; influence sur le chant, 78.

RESPIRATOIRE (centre) : de la moëlle, 425.

RÉSORCINE : dans le catarrhe nasal, 571.

RÉTRÉCISSEMENT (voir aussi sténose) : des fosses nasales, 76; — de l'œsophage, 95; — cancéreux, 153; — étude, 282; — de la trachée, 145; — consécutif à la trachéotomie, 601; — du nez, 274.

RHIGOLÈNE : 203.

RHINITE (atrophique), 225, 330; traitement par les courants continus, 470; traitement par le thymol, 666; — croupale, 668; — fibrineuse, 667; — professionnelle, 665.

RHINOLITE : 489.

RHINOLOGIE : histoire, 568.

RHINOPLASTIE : par transplantation d'un lambeau de l'avant-bras, 42; — sur appareil prothétique, 43.

RHINOSCLÉROME : 543.

RHINOSCOPIE (vues antérieures), 346.

RHUMATISME laryngien (diagnostic différent.), 570, 571.

RINNE (statistique pour l'appréciation du procédé de), 76, 274.

ROUGEOLE : détermination tardive sur le larynx, 280; — otite moyenne purul., 340.

S

SARCOME : voir les différents organes.

SCARLATINE : complications du côté de l'oreille, 188; — angines pseudo-membraneuses 438.

SCOTOME de l'audition, 722.

SERRE-NOEUD galvanothermique (nouveau), 458.

SEXUELS (organes) : défaut de développement associé à une absence d'amygdales, 363.

SINUS : (voir aussi maxillaire, oreille et fosses nasales) frontal (empyème), 544; — latéral (thrombose et phlébite), 581.

SONS : Etude du timbre par les flammes manométriques, 719.

SPASME clonique de la langue, 25; — dans l'ataxie, 149; — glottique, 425; — des ptérygoïdiens internes, 27.

STAPHYLORRAPHIE partielle (emploi de la cocaïne), 197.

STÉNOSE (voir aussi rétrécissement) : pharyngé syphilit., 137; — laryngé-(traitement), 140; — laryngé (divulsion des cordes vocales), 425; et dilatation progressive, 526; — du larynx et de la trachée, 645.

SURDI-MUTITÉ et mariages consanguins, 653.

SURDITÉ : (lésions des lobes temporaux sans,) 192; — verbale, 487; — d'origine quinique, 638; — causée par la fièvre cérébro-spinale, 652; — et leucocythémie, 658; — suite des oreillons, 701.

SYPHILIS : voir les **différentes**; — **héréditaire**, d'otorrhée, 652.

T

TABAC : effets sur le nez gorge, 642.

TEMPORAL (tuberculose du) g par opération, 70; — (préparations de) macéré, 75; — chéatomes, 276; — **carie** (essence de térébenthine), 438.

TEMPORAUX : lésions des l (sans surdité), 192

THERAPEUTIQUE : bévues et reurs, 19.

THERMO-CAUTÈRE : dans l'ang chronique, 198.

THROMBOSE des sinus, 274.

THYMOL : dans la rhinite atrophique, 666.

THYROÏDE (corps): tumeur, 91, 26304, 345; — kyste, extirpation 547; — index.bibliogr., 109, 22380, 302, 614, 742; — extirpation (accidents consécutifs), 157.

THYRÔIDECTOMIE : totale (cachexie strumiprive), 87.

TRACHÉE : index bibliographique, 101, 212, 371, 494, 606, 734; — perforation par un anévrysme, 279; — rétrécissement, 145; — consécutif à la trachéotomie, 601; sténose, 645; tumeurs, 145, 281; — trachéocèle, 433, 434; polype, 436.

TRACHÉOCÈLE : 433; traumatique, 434.

TRACHÉOTOME (nouveau), 1477.

TRACHÉOTOMIE : 147; — anesthésie, 708; — (bourgeons charnus après), méthode pour les enlever, 711; — conseils pratiques, 283; — corps étrangers, 147; — œdème du larynx, 599; — (rapide), 592; — statistique, 284; — (et tubage), 643; — (d'urgence) 145.

voir les diffé-
- héréditaires, 632.
TRAGUS : pressions, résultats, 72.
TRAITÉ des maladies du nez et
de la cavité naso-pharyngienne,
704.

T
TUBAGE : (croup traité par le),
205; — du larynx, 431, 456,
466, 600, 601, 643, 646; — chez
un nègre, 899; — statistique,
647; — remplaçant la trachéo-
tomie, 200; — dans les sténoses
syphilitiques, 714, 719.

TROMPE d'Eustache : obstruc-
tion, 287; — (chez un diabéti-
que), 296.

TUBERCULOSE : (voir aussi les
différents organes); — arthrite
crico-arylénoïdienne, 82; —
diagnostic avec l'adénopathie,
284; — laryngée (acide lac-
tique valeur négative), 84;
pathologie et traitement, 566,
656; — traitement 346, 637,
718; (et mycosis), 80; —
nasale, 669; — pulmonaire
(injections gazeuses), 44; — (va-
leur des injections gazeuses),
204; — et syphilis, 88.

TUMEURS : (voir les différents or-
ganes); — du corps thyroïde, 91,
269, 504, 345; — gazeuses du
cou 47; — naso-pharyngienne
(guérie par l'électrolyse), 528;
— pharyngiennes, 35; — sous-
glottique congénitale, aphonie,
598; — trachéocèle, 143, 281; —
tuberculeuse du larynx, 718.

TYMPAN artificiel, 313; — Atlas
colorié, 660; — excision, 573;
— inflammation aiguë, 275. —
(opérations sur le), 186; —
pression au point de vue dia-
gnostique, 342; — centripètes,

394; — rupture, 188; suppu-
ration (chez un Brightique),
536.

U

ULCÉRATION : (voir les différents
organes).

V

VARICES : de l'œsophage, 134, 135.

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES : extirpa-
tion (nouveau procédé), 42,
179; — dans le pharynx, 358.

VENTRILOQUIE : phénomènes phy-
siologiques, 717.

VERTIGE : nasal, 35), 444.

VICE DE CONFORMATION de l'œso-
phage, 96.

VOIES AÉRIENNES : corps étran-
gers (dents) 146; — hémorra-
gies périodiques, 569; — (gal-
vano-caustique dans les), 640;
— hémorragies névropathi-
ques, 712.

VOILE DU PALAIS : absence com-
plète, 437; — adénome, 617 :
— adhérence au pharynx, 439;
— (jeu fonctionnel), 34; — per-
foration d'origine différente),
137; et cautérisation ignée,
665; — ulcérations, 591.

VOIX : conditions anatomo-phy-
siol., 49, 113, 168; — eunu-
choïde (gymnastique) 420; —
troubles dans la laryngite ca-
tarrhale, 533.

VOMISSEMENT : cause de troubles
de l'oreille, 487.

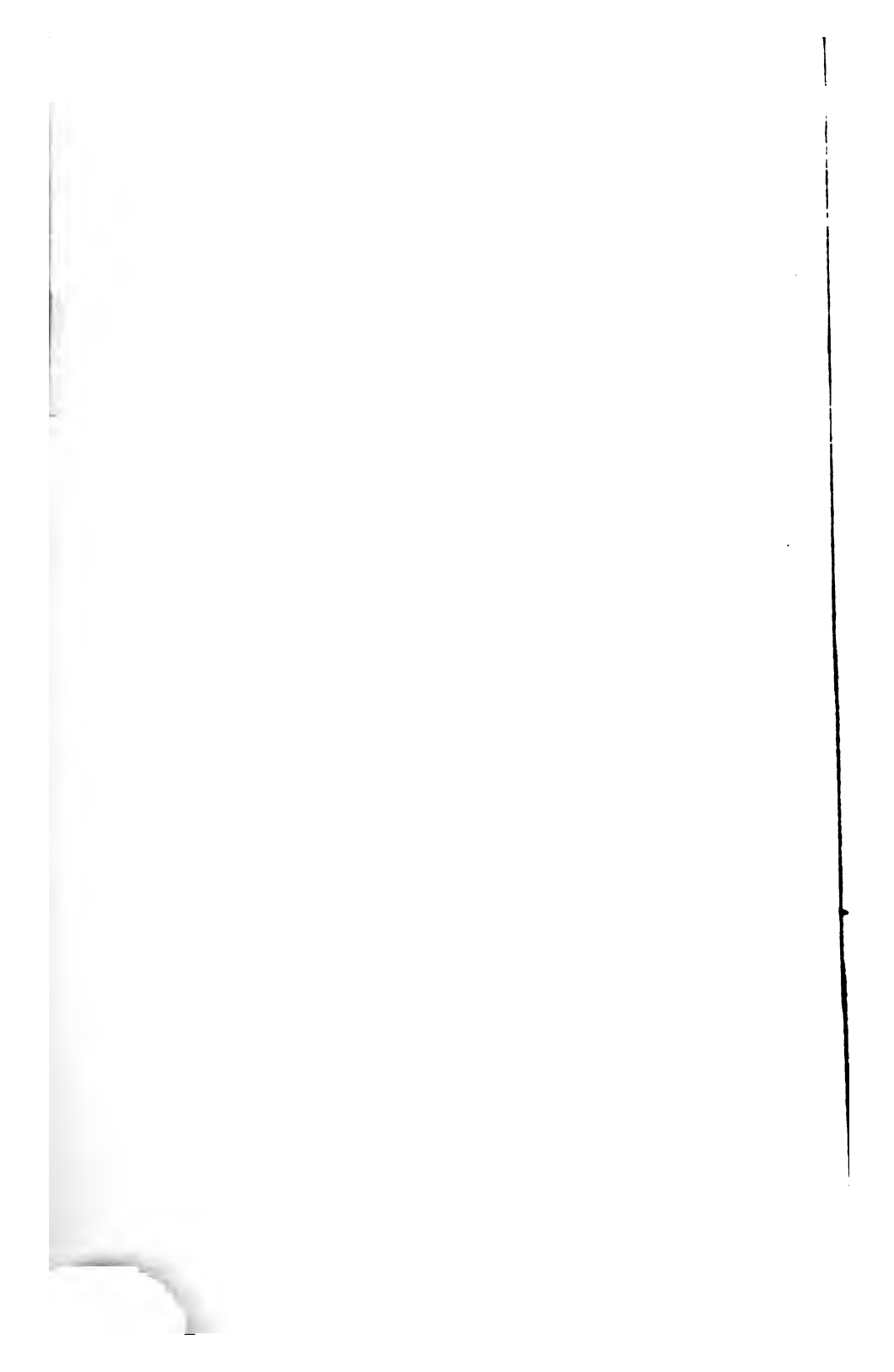
VOUTE PALATINE : fissure com-
plète, 437.

ERRATA DU SEPTIÈME VOLUME

Page 290, ligne 49, lire : *fade* au lieu de *fétide*.

Page 292, ligne 23, lire *en dedans*.







411

438

